



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Lucie Vondrášková

Motivace sester k výkonu povolání v zařízeních specializovaných na péči o klienty
s diagnózou Alzheimerova choroba

Motivation of nurses for working in institutions specialized in care of clients
with Alzheimer's disease

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12. 4.2016

Lucie Vondrášková

.....
Podpis

Identifikační záznam

VONDRÁŠKOVÁ, Lucie. Motivace sester k výkonu povolání v zařízeních specializovaných na péči o klienty s diagnózou Alzheimerova choroba. [Motivation of nurses for working in institutions specialized in care of clients with Alzheimer's disease]. Praha, 2016. 50 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

ABSTRAKT

Východiska: Bakalářská práce se zabývá motivací sester pro výkon povolání v zařízení poskytujícím péči klientům s diagnózou Alzheimerova choroba. Péče o klienty trpící demencí je psychicky velmi náročná a proto je zvlášť v tomto prostředí velmi důležitá motivace sester, které ji každodenně poskytují. Teoretická část je zaměřena na zmapování problematiky Alzheimerovy choroby a na specifika péče o klienty, kteří touto nemocí trpí. Dále je věnován prostor oblasti motivace, pracovní motivace a pracovní spokojenosti. V neposlední řadě je rozebrána tematika syndromu pomáhání a psychické náročnosti povolání sestry.

Cíle: Hlavním cílem výzkumu je popsat motivy vedoucí informanty k volbě aktuálního pracovního místa. Dílčími cíli výzkumného šetření je zmapování vlivu předchozích zkušeností s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou, motivačních faktorů vedoucích k setrvání v tomto zařízení a metod, které využívá management k udržení motivovanosti sester.

Použité metody: K realizaci šetření byla využita kvalitativní výzkumná metoda. Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se šesti sestrami ve vybraných zařízeních poskytujících péči o klienty trpící demencí. Rozhovory byly nahrány, přepsány a analyzovány metodou otevřeného kódování. Vzniklo několik kategorií a podkategorií.

Hlavní výsledky: Pro sestry je největší motivací touha pomáhat a pečovat. Konstituované kategorie dále vypovídají o významu blízkosti bydliště, finančního zabezpečení rodiny nebo práce na směny v jiném než nemocničním prostředí. Bylo zjištěno, že sestry mají zkušenosti s péčí o člověka trpícího demencí, ale není to pro ně motivace k výkonu současného povolání. Na základě výsledků vyplývajících ze stanovených kategorií lze konstatovat, že sestry chtějí na aktuální pracovní pozici setrvat i nadále. Hlavními motivačními faktory přispívajícími k tomuto rozhodnutí jsou dobrý pracovní kolektiv, pracovní náplň a smysluplnost práce. Strategie využívané managementem k motivování sester jsou například stimulace pomocí finančních odměn, utužování kolektivu, poskytování zpětné vazby nebo projevování zájmu o zaměstnance.

Závěr a doporučení: Sestry motivuje k práci především náplň práce jako takové. Dále je pro ně klíčová dobrá atmosféra na pracovišti, fungující kolektiv a vztahy s managementem. Demotivačně na sestry působí nezáměr ze strany vedení, konflikty a velké množství administrativní práce. Na základě výsledků výzkumu došlo k vytvoření souboru doporučení určeného managementu zařízení jako návod na účinné motivování zaměstnanců.

klíčová slova: sestra, motivace, Alzheimerova choroba, alzheimercentrum, demence

ABSTRACT

Background: This thesis deals with motivation of nurses to work in facilities providing care for clients diagnosed with Alzheimer's disease. Caring for a client who is suffering from Alzheimer's disease is very mentally challenging. Therefore, in this environment is very important motivation of nurses who provide care to clients every day. The theoretical part is focused on mapping the issues of Alzheimer's and the specifics of care for clients who have suffered from this disease. Then there are areas of motivation, work motivation and job satisfaction. Finally, it is discussed the topic of helping syndrome and mental demands of the nursing profession.

Objectives: The main objective is to describe the motives of the informants for selecting the current job. Partial objectives is describing the effects of previous experience with clients suffering from Alzheimer's disease, motivational factors leading to stay in this facility and the methods used by management to maintain motivation of nurses

Methods: The research was conducted through qualitative research design. Data collection was conducted through interviews with six nurses in selected facilities providing care for clients suffering from dementia. The interviews were recorded, credited and analyzed by open coding method. Then it was created several categories and subcategories.

Results: The greatest motivation for nurses is the desire to help and care. Constituted category demonstrate the importance of the proximity of residence, the financial security of families or shift work in a non-hospital environment. It was found that nurses had experiences of caring for a person with dementia disease, but but it's not for them, the motivation to work in current facility. Based on the results arising from the defined categories we can say that the sisters want to stay in current job. The main motivating factors contributong to this decision are a good working team, workload and meaningful work. Strategies used by management to motivate nurses are for example stimulation through financial rewards, compaction team, providing feedback or manifestation of interest for employees.

Conclusion: Nurses motivates to work primarily their workload. Furthermore, it is important for them, good atmosphere in the workplace, working relationships with the team and management. Nurses are demotivated by disinterest of management, conflicts and large amounts of administrative work. Based on the results of the research was to establish a set of recommendations for management of the facility as a guide to effective employee motivation.

keywords: nurse, motivation, Alzheimer's disease, dementia, Alzheimer's disease facilities

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Vaňkové Ph.D. za maximální vstřícnost, velmi profesionální vedení po celou dobu tvorby této práce a za neocenitelné rady a připomínky. Děkuji vedoucím pracovníkům obou zařízení za umožnění rozhovorů se sestrami a sestrám za jejich čas a otevřenost. Dále chci poděkovat celé své rodině za nekonečnou podporu a trpělivost. V neposlední řadě děkuji všem dobrým přátelům a kolegyním za to, že tu vždycky byli a budou.

OBSAH

1	Úvod	7
2	Přehled současného stavu poznání	9
2.1	Motivace sester k výkonu povolání	9
2.1.1	Obecné pojetí motivace	9
2.1.2	Teorie pracovní motivace	11
2.1.3	Možnosti motivování pracovníků	13
2.1.4	Pracovní spokojenost	13
2.1.5	Psychická úskalí pomáhajících profesí	15
2.2	Péče o klienty s diagnózou Alzheimerova choroba	17
2.2.1	Epidemiologie Alzheimerovy choroby	17
2.2.2	Patogeneze Alzheimerovy choroby	18
2.2.3	Diagnostika Alzheimerovy choroby	18
2.2.4	Léčba Alzheimerovy choroby	19
2.2.5	Klinický obraz a péče v jednotlivých fázích Alzheimerovy choroby	20
2.2.6	Zařízení poskytující péči o klienty s Alzheimerovou chorobou	20
3	Metodologie a výsledky výzkumu	23
3.1	Výzkumné cíle a otázky	23
3.2	Metodologie	23
3.2.1	Metoda získávání výzkumných dat	23
3.2.2	Výběr výzkumného vzorku a charakteristika informantů	23
3.2.3	Realizace výzkumu	24
3.2.4	Metodika zpracování dat	24
3.2.5	Etické aspekty výzkumu	25
3.3	Analýza a interpretace výsledků	25
3.3.1	Kategorie osobní charakteristiky sester	25
3.3.2	Kategorie praxe ve zdravotnictví	26
3.3.3	Kategorie volba současného pracovního místa	28
3.3.4	Kategorie aspekty současného zaměstnání	29
3.3.5	Kategorie motivace k práci	32
3.3.6	Kategorie vliv práce na psychiku	33
3.3.7	Kategorie vztahy s managementem	36
3.3.8	Kategorie budoucnost v zařízení	37
4	Diskuse	40
5	Závěr	45
6	Seznam použité literatury:	47
7	Seznam použitých zkratk:	50

Přílohy

1 Úvod

Alzheimerova choroba (dále také ACH) je nejčastější příčinou vzniku syndromu demence, který zásadně ovlivňuje život člověka, ale i jeho okolí. Velký dopad má především na osoby, které o nemocného pečují – ať už se jedná o rodinné příslušníky nebo zdravotnické profesionály. V různých fázích onemocnění se člověk potýká se spoustou zásadních problémů, jakými jsou ztráta paměti, neschopnost poznat své blízké, nesoběstačnost v základních každodenních činnostech, ale také změny psychiky a psychického prožívání – například úzkost nebo deprese. Proto se ACH stává velkým zdravotním a sociálním problémem nejen pro konkrétní osobu, ale pro celou společnost.

Ačkoliv se může ACH projevit i v mnohem mladším věku, převážně postihuje seniory. Jelikož populace stárne, lze očekávat růst počtu osob, které onemocní syndromem demence a s tím i zvýšení nároků na péči poskytovanou profesionálními zdravotníky.

Profesionální péče o člověka trpícího ACH je těžká v mnoha ohledech. Stejně jako na jiných lůžkových odděleních lze i zde očekávat velkou fyzickou náročnost. Osoby postižené demencí jsou často zcela nesoběstačné a je třeba pomáhat jim i se základními činnostmi, jakými jsou například příjem tekutin a potravy, péče o osobní hygienu nebo oblékání. Největší nároky jsou však kladeny na psychiku ošetřujícího personálu – tedy také na všeobecné sestry, na něž se jako na profesní skupinu v této práci zaměřím. Klient trpící demencí bývá často zmatený, neudrží myšlenku, nechápe sdělení, neuvědomuje si své chování, nedá najevo vděk. Právě vděčnost klientů nebo poděkování za poskytnutou péči je mnohdy velmi uspokojujícím a motivujícím faktorem pro výkon profese sestry. Neméně důležitý bývá v tomto ohledu proces uzdravování klienta či zlepšení jeho stavu a z toho vyplývající uspokojení z dobře odvedené práce a pocit kompetentnosti. To v případě péče o člověka trpícího demencí většinou nelze očekávat. Sestry tak přicházejí o několik motivačních faktorů, které jsou právě pro osoby vykonávající pomáhající profesi zásadní.

V současné době existuje mnoho výzkumů, které se věnují patogenezi, diagnostice a léčbě ACH. Stejně tak je kladen důraz na pomoc klientům a podporu neprofesionálním pečujícím. Mě však zaujalo konkrétně téma motivace všeobecných sester, pečujících o klienty trpící demencí. Jejich motivace pro volbu zaměstnání jako takového byla taktéž v minulosti podrobena empirickému zkoumání, včetně prezentace výsledků studií v odborných periodících. Zařízení, které je specializováno na péči o člověka trpícího demencí, je však velmi specifické prostředí pro výkon povolání a popis motivačních faktorů těch, kteří se pro něj rozhodli, může přinést zajímavé poznatky.

Pro zkoumání této problematiky jsem se rozhodla díky vyprávění své příbuzné, která o klienty trpící ACH pečuje. Svěřuje se, jak ji práce nesmírně vyčerpává, ale paradoxně i naplňuje. A navzdory obrovské náročnosti je absolutně odhodlaná v zařízení setrvat, ačkoliv k tomu není žádnými jinými okolnostmi nucena. Dalším důvodem, který mě vedl k zabývání se touto problematikou, je má osobní motivace k péči o seniory a demence je bohužel jedním ze základních problémů postihující právě starší osoby.

V souvislosti se stárnutím populace lze očekávat, že bude problematika péče o klienty trpící demencí stále aktuálnější a rozhodně by neměla být v žádném směru opomíjena. Konkrétně dostatek kvalifikovaného a motivovaného personálu je, dle mého názoru, základní podmínkou pro zajištění adekvátní péče.

2 Přehled současného stavu poznání

2.1 Motivace sester k výkonu povolání

Motivace k práci má zásadní vliv na výkonnost jednotlivců i organizací a úzce souvisí i s případným úmyslem pracovní místo opustit. Zurn et al. (2005, p. 7) tvrdí, že konkrétně ve zdravotnictví závisí kvalita péče o klienty¹ na kvalitě práce odvedené personálem a pokud je tato péče prováděná nemotivovanými zaměstnanci může mít nepříznivé dopady na stav klienta. Z personálu je v nejčastějším kontaktu s klientem sestra a, jak bude uvedeno dále v textu, pro klienty trpící ACH je právě ošetrovatelská péče zcela zásadní. Toode et al. (2011, p. 247) k tomuto tématu uvádí, že motivovaná a spokojená sestra má pravděpodobně větší ochotu pečovat o pacienty a spolupracovat, a tím zajistit lepší zdravotní péči.

Jedním z aspektů, který významně ovlivňuje motivaci sester k práci, je management zařízení, které je zaměstnává. Například z výzkumu autorek Balkové a Zibrinové (2012, pp. 29-30), realizovaného prostřednictvím dotazníkového šetření (n=168), vyplývá, že na pracovištích často chybí účinná strategie motivování zaměstnanců. Dle autorek (Balková & Zibrinová, 2012, p. 29) však nepřevládá nespokojenost s profesí jako takovou. Problém bývá spíše s konkrétním pracovištěm a pracovními podmínkami – jedná se například o neodpovídající finanční ohodnocení, špatnou organizaci práce na oddělení, nedostatek personálu, nadměrné množství administrativní práce atd. (Balková & Zibrinová, 2012, p. 29).

Toode et al. (2011, p. 255) uvádí, že nedostatečná motivace sester nemá negativní dopad pouze na klienty, ale také na sestry samotné. Pokud vykonávají povolání, které je neuspokojuje a ještě je navíc velmi náročné, může to vést až k emočnímu vyčerpání a syndromu vyhoření.

Lze tedy shrnout, že motivace pracovníků a jimi podaný pracovní výkon spolu úzce souvisí. Proto se tímto tématem zabývalo a stále zabývá velké množství autorů, kteří vytvářejí různorodé teorie a definice popisující princip motivace, z nichž budou ty nejznámější uvedeny v následujícím textu.

2.1.1 Obecné pojetí motivace

Podle Plamínka (2015, p. 128) je motivace významným prvkem téměř ve všech aspektech lidského konání. Klíčovou roli má především v oborech, ve kterých je záměrně usilováno o dosažení určitých výsledků. Plamínek (2015, p. 128) motivaci popisuje jako proces, který právě k dosažení výsledku směřuje nebo jako stav, kterého je docíleno určitým procesem. Dle Nakonečného (2005, p. 61) koncepty motivace odpovídají na to, „...*proč lidé jednají,*

¹ Jelikož se tato práce zabývá, mimo jiné, péčí o nemocné v zařízeních spadajících do sféry sociálních služeb a legislativa tohoto resortu používá pro označení nemocných výraz klient nebo uživatel (Jirák et al., 2009, p. 121), bude nadále používán právě termín klient, jako označení člověka trpícího demencí.

tak jak jednají.“ Nakonečný (2005, p. 62) považuje motivy za psychologické příčiny jednání a motivaci za samotný proces iniciovaný motivem a projevující se jako potřeba, přičemž konečným cílem je tuto potřebu uspokojit. Motivů málokdy působí samostatně – určitý čin je většinou vyvolán několika motivy a ty také dávají konání smysl (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2007, p. 35).

Jak bylo nastíněno výše, motivace souvisí s konkrétními lidskými potřebami, jimiž je usměrňována. O roli potřeb v problematice motivace se zmiňují například autoři Weihrich a Koontz (1993, p. 441), kteří považují motivaci za řadu navazujících reakcí, počínajících vznikem potřeby, ze které následně vzejdou přání a cíle vytvářející napětí. Díky napětí vzniká aktivita vedoucí k dosažení cíle. Lidské potřeby jsou tedy v podstatě spouštěcím mechanismem k motivovanému chování a jednání. Teorie zabývající se potřebami bude uvedena v následující kapitole.

Motivace je dle Stuchlíkové a Mana (2009, p. 162) ovlivněna také různými vnitřními a vnějšími faktory, které se mohou měnit stejně tak jako rozhodnutí, která vznikla na jejich základě. Nakonečný (2005, p. 68) uvádí, že vnitřní faktory (pohnutky) mohou být označeny za motivy a vnější faktory (pobídky) jsou vlastně motivátory – důvody činnosti vedoucí k dosažení cíle. Moody a Pesut (2006, p. 17) tvrdí o výše zmíněné problematice, že *„Motivace je hodnotově založené psychologicko-biologické, stimuly řízené vnitřní nutkání, které aktivuje a řídí lidské chování v reakci na sebe, ostatní a prostředí.“* Dle Nakonečného (2005, p. 63) vnitřní pohnutky, potřeby a cíle samy o sobě k zahájení činnosti nestačí. Pro člověka je také důležitá pravděpodobnost dosažení cíle, hodnota cíle a možné důsledky jednání, které k dosažení onoho cíle vedlo. Stejně tak záleží na situaci, ve které se dané jednání odehrává, protože určuje jeho podobu.

V teorii Moodyho a Pesuta (2006, p. 17) je pojednáváno o hodnotách, na nichž je motivované chování taktéž založeno. Dle Vévody et al. (2013, pp. 16-17) jsou hodnoty a jejich uspořádání (hodnotový systém) zdrojem individuálních postojů a, výše zmíněných, vnitřních pohnutek. Každý má svůj hodnotový žebříček, který je naprosto specifický a utvářený v podstatě vším, co ovlivňuje člověka jako takového – věk, prostředí, sociální situace, kolektiv a další (Vévoda et al., 2013, pp. 16-17).

V předchozím textu byla popisována problematika motivace, s níž souvisí také teorie opačného děje – demotivace. Demotivace může podle Zítkové et al. (2015, p. 109) vycházet z:

- osobnosti člověka, jeho vlastností, temperamentu (např. výdrž, sebejistota);
- špatného pracovního prostředí (např. konflikty na pracovišti);
- nevyhovujícího přístupu vedoucího pracovníka (např. nedostatečná zpětná vazba, nespravedlivé hodnocení);
- neúspěchu či nepříjemných zkušeností atd.

Z výše uvedených definic lze usoudit, že ačkoliv každý autor popisuje motivaci ze svého úhlu pohledu, základní myšlenka zůstává stejná. Motivace vychází z osobnosti člověka, z jeho vnitřních pohnutek, ale zároveň je různou měrou ovlivňována emocemi a vnějšími

faktory. Je hnací silou vedoucí ke splnění stanovených cílů a uspokojení potřeb. Většina pohledů na motivaci vychází z několika světově uznávaných teorií uvedených v následující kapitole.

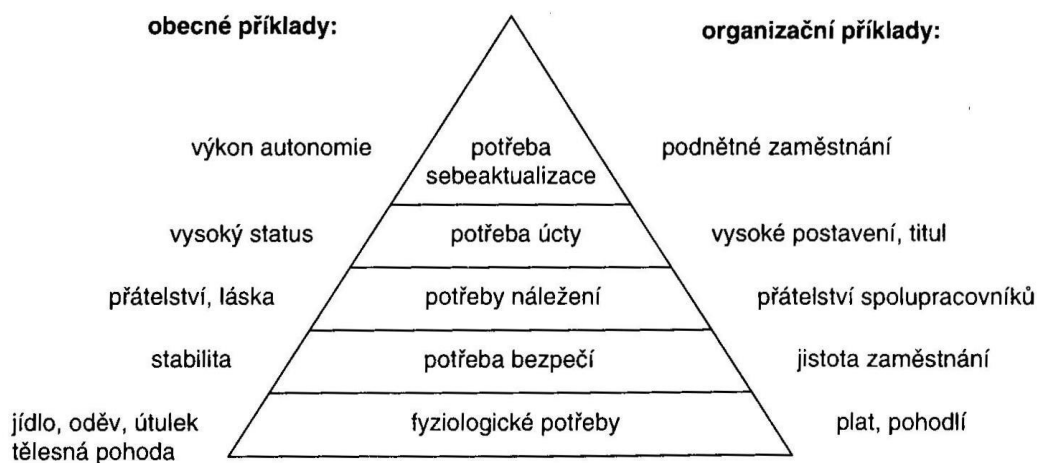
2.1.2 Teorie pracovní motivace

Motivace odpovídá na otázku, proč lidé určitým způsobem jednají, pracovní motivace pak zdůvodňuje, proč pracují. Závisí na ní především samotná ochota pracovat – ať už se jedná o práci jako takovou anebo o konkrétní pracovní činnost. V praxi je v současnosti na problematiku motivace a pracovní motivace jako takové nahlíženo mnoha způsoby, přičemž většina jich vychází z následujících teorií, jejichž stručný přehled přináší například Molek (2013, pp. 36-37):

Teorie instrumentality – je založená na předpokladu, že lidé pracují pouze pro peníze a jediným účinným nástrojem ke zvýšení jejich výkonu je udělování odměn či trestů. Člověk má však mnohem více potřeb a zvláště u vysoce kvalifikovaných pracovníků může tento přístup zapříčinit jejich odchod ke konkurenci (Molek, 2013, p. 36).

Teorie potřeb – Molek (2013, p. 36) uvádí, že motivace je určována neuspokojenými potřebami, z nichž má každá pro konkrétního člověka různou váhu a tím pádem vyvolává větší či menší nutkání potřebu uspokojit. Tato teorie vychází z Hierarchické teorie potřeb A. H. Maslowa, jež je Nakonečným (2005, p. 130) popisována jako pyramida, ve které jsou potřeby člověka uspořádány, přičemž se nejnižše nacházejí základní fyziologické potřeby a směrem k vrcholu potřeby vývojově vyšší. Uspořádání znázorňuje, s jakou naléhavostí a v jakém pořadí jsou potřeby uspokojovány – například potřeba jídla je většinou upřednostněna před potřebou vysokého statusu. Nakonečný (2013, p. 130) dodává, že z výše uvedených pravidel však mohou existovat výjimky a jsou tedy lidé, pro které jsou některé výše položené potřeby důležitější než potřeby fyziologické. Maslowova hierarchie potřeb je znázorněna na obrázku č. 1.

Obrázek č. 1: Sestava Maslowovy hierarchie potřeb



Zdroj: Nakonečný (2005, p. 130).

K popsanému uspořádání potřeb Nakonečný (2005, p. 130) dále uvádí, že pro spodní čtyři kategorie potřeb platí „*princip redukce daného deficitu, potřeba je odstraněna (není již motivačně naléhavá), když jsou odstraněny podmínky jejího vzniku...*“ Předchozí tvrzení však neplatí pro potřebu seberealizace, jež se objevuje zejména u lidí, kteří mají dostatečně saturované potřeby nižší, a projevuje se touhou po osobním růstu (Nakonečný, 2005, p. 131). Pokud má pracovník možnost seberealizace a pokud ta vede k úspěchu, následuje také dobré sebehodnocení, které nejenom zvyšuje sebevědomí jedince, ale stává se i silnou motivací do budoucna (Nakonečný, 2005, pp. 124-125).

Do oblasti teorií potřeb spadá i Herzbergova dvoufaktorová teorie (Molek, 2013, p. 36), která bude podrobněji popsána v kapitole věnující se pracovní spokojenosti.

Motivační teorie orientované na proces – se dle Molka (2013, pp. 36-37) zaměřují na způsob, jakým lidé vnímají své pracovní prostředí a v praxi jsou nejvíce využívány následující uvedené (Molek, 2013, pp. 36-37):

- **Teorie očekávání** – je Nakonečným (2005, p. 120) popisována jako teorie nazývaná „*očekávání – hodnota*“, přičemž se jedná hlavně o očekávání výsledků činnosti v tomto kontextu:

- zda bude splněn úkol;
- jaká bude odměna;
- s jakými výdaji (námaha, čas) bude činnost spojena.

Molek (2013, p. 37) upřesňuje, že také záleží na velikosti vynaloženého úsilí, pravděpodobnosti dosažení odměny a její výši. Za hodnotu je v této teorii považována přímo odměna za vykonanou práci, a to ve dvou významech (Nakonečný, 2013, p. 120):

- hodnota v podobě odměny za vykonanou práci (výplata);
- hodnota, kterou lze získat prostřednictvím odměny (co si člověk za výplatu pořídí).

S odměnou souvisí také princip nasycení a deprivace – pokud je konkrétní odměna používána příliš často, snižuje se tak její motivační účinnost (Nakonečný, 2005, p. 69). Taková motivace, která je vyvolána vnějšími vlivy (například právě touhou po odměně) je dle Nakonečného (2005, p. 121) nazývána „*extrinsická*“. Naopak pokud je činnost uspokojující sama o sobě a není k jejímu zahájení potřeba vnějšího podněcování, hovoří se o motivaci „*intrinsické*“.

- **Teorie cíle** – podle Molka (2013, p. 37) popisuje, že se motivace a výkon zlepší, pokud mají lidé cíle, které jsou sice ambiciózní, ale splnitelné, pokud jim je poskytována zpětná vazba a pokud se můžou podílet na tvorbě cíle organizace. Následkem opomíjení uvedených principů může dojít k demotivaci zaměstnanců nebo naopak k nedostatečnému využití jejich potenciálu.
- **Teorie spravedlnosti** – vychází z předpokladu, že pokud je s lidmi zacházeno spravedlivě a slušně, jsou více motivováni (Molek, 2013, p. 37). Dluhošová a

Tkáčová (2011, p. 23) vysvětlují, že pracovník v podstatě posuzuje, jestli odměna za vykonanou práci odpovídá vynaloženému úsilí a je tedy spravedlivá.

Všechny uvedené teorie mohou být při správném uchopení účinně využívány ošetrovatelským managementem v motivování zaměstnanců, které je velmi důležité nejen pro jejich udržení na pracovních pozicích, ale i pro odvedení kvalitního výkonu – v případě sester se jedná o poskytnutí komplexní ošetrovatelské péče.

2.1.3 Možnosti motivování pracovníků

Zásadním předpokladem pro účinnou motivaci pracovníků je dle Dlugošové a Tkáčové (2011, p. 23) nejen dobrá orientace v principech motivačního procesu, ale především znalost individuálních potřeb, hodnot a motivačních faktorů lidí, které nadřízený vede. To, že je pro udržení pracovních sil klíčová identifikace a pochopení faktorů ovlivňujících motivaci zaměstnanců tvrdí i Zurn et al. (2005, p. 3). Pro manažera je klíčové právě tuto skupinu faktorů znát, protože působení na jiné (pro pracovníka nevýznamné) hodnoty se může minout účinkem (Vévoda et al., 2013, p. 32).

Diskutabilní je účinek takzvané stimulace, za kterou je motivace mnohdy zaměňována, a která (na rozdíl od motivace) působí nárazově a po čase ztrácí účinnost (Zítková et al., 2015, p. 108). V praxi jsou dle Zítkové et al. (2015, p. 109) pracovníci stimulováni různými zaměstnaneckými benefity a výhodami, jejichž podobu určují tři hlavní faktory – co chtějí zaměstnanci, co nabízí konkurence a co si může dovolit zaměstnavatel. Jak ale bylo zmíněno výše, je třeba podřízené motivovat i jinými způsoby.

Podle Zítkové et al. (2015, p. 103) je zásadní, aby byli motivováni především vedoucí pracovníci a to hlavně k dalšímu motivování svých podřízených. Zurn et al. (2005, p. 14) upozorňuje, že dobrá motivace sice zaměstnance stimuluje k pravidelnému chození do práce, podávání kvalitního výkonu, schopnosti být flexibilní a udělat, co je potřeba, ale ovlivňuje pouze to, co má daný pracovník pod svou kontrolou. Na vedení je hlavně zajištění odpovídajících pracovních podmínek, které jsou stejně tak důležité jako motivace samotná. Problematika motivování pracovníků by se podle Dlugošové a Tkáčové (2011, p. 24) dala shrnout takto: pro manažera je klíčová znalost motivačních faktorů zaměstnanců, jež by měl využít k vytvoření pozitivního přístupu k daným úkolům a činnostem. Nadřízený by dále měl motivaci pracovníka zvýšit odměňováním, pochvalami a uznáním při dobře odvedené práci a vhodnou komunikací zahrnující poskytování zpětné vazby, konstruktivní kritiky a dostatečného množství informací. K motivování podřízených manažerem přispívá také jeho umění naslouchat či schopnost vytvářet inspirující prostředí.

2.1.4 Pracovní spokojenost

Pracovní spokojenost má úzký vztah k pracovnímu výkonu. V podstatě je možné se ptát, zda je příčinou nebo důsledkem právě odvedeného výkonu (Nakonečný, 2005, p. 114).

Pracovní spokojenost lze rozlišit podle dvoufaktorové teorie Frederica Herzberga (Herzberg et al., 2003, pp. 113-118) na:

- spokojenost v práci (s prostředím, podmínkami, kolektivem, atmosférou atd.);
- spokojenost s prací (s obsahem, úkoly, odměnami, prestiží).

Podle Herzberga et al. (2003, pp. 113-118) tedy existují dvě skupiny faktorů:

- hygienické – nejsou pozorovány, ale jejich absence je příčinou nespokojenosti² zaměstnanců v práci;
- motivační – přímo ovlivňují spokojenost s prací.

O výše zmíněných faktorech lze hovořit jako o motivátorech a frustrátorech. Mezi hygienické faktory (frustrátory) patří například mzda, pracovní podmínky nebo kolektiv. Motivátory mohou být třeba pocit vlastního uspokojení, uznání, obsah práce atd. (Vévoda et al., 2013, p. 32).

Výčet faktorů vycházející z Herzbergovy teorie a upravený pro výzkumy ve zdravotnictví uvádí např. Vévoda et al. (2013, p. 126): vztahy k nadřízeným, vztahy s kolegy, prestiž, kariérní postup, mzda, uznání, jistota zaměstnání, náplň práce, pracovní podmínky atd. Dále byly přidány faktory navržené přímo zdravotnickými pracovníky (Vévoda et al., 2013, p. 126): mezioborová spolupráce, technické vybavení, vzdělávání, image zařízení, benefity atd.

Na základě Herzbergovy teorie a s využitím výše uvedených faktorů pracovního prostředí bylo provedeno několik výzkumů – výsledkem jednoho z nich, realizovaného pracovníky Univerzity Palackého v Plzni prostřednictvím dotazníkového šetření (n=3081), byla následující zjištění (Vévoda et al., 2010, p. 145): „...nejdůležitějšími motivačními faktory jsou mzda, práce s pacienty a jistota pracovního místa...nejvýraznější rozdíl mezi významností faktoru a mírou jeho saturace byl zjištěn u mzdy, jistoty pracovního místa a uznání osobních výsledků.“ Podle Vévody et al. (2010, p. 145) také vyšlo najevo, že vztahy k nadřízeným, sociální výhody a spolupráce s pracovníky dalších profesí byly uváděny jako faktory dobře saturované a celkem uspokojivě byla hodnocena i oblast bezpečnosti práce.

Další výzkum pracovní spokojenosti sester, realizovaný prostřednictvím rozhovoru se sestrami (n=1040), popisuje Bártlová (2006, pp. 166-167), která uvádí, že: „...za nejdůležitější faktor, přispívající k jejich spokojenosti s prací, uvádějí zdravotní sestry dobré vztahy na pracovišti...z jiných faktorů...spokojenost pacientů a skutečnost, že mají možnost pracovat s lidmi a pomáhat jim.“ Dále Bártlová (2006, p. 167) shrnuje faktory vyvolávající nespokojenost: nízký plat, nedoceňování práce nadřízenými, nedostatek ošetrovatelského personálu, vysoký podíl administrativní práce, špatná organizace práce atd. Přesto, že velké procento respondentů označilo svou práci jako psychicky a fyzicky

² Štikař et al. (2003, p. 113-114) uvádí, že kromě dvoufaktorové teorie zkoumající zvlášť spokojenost a nespokojenost, které jsou ovlivňovány rozdílnými faktory, existuje ještě jednofaktorová teorie opírající se o myšlenku, že se člověk pohybuje mezi úplnou spokojeností a nespokojeností.

vyčerpávající, většina ji stále vnímá jako smysluplnou, zajímavou a uspokojivou (Bártlová, 2006, p. 167).

Z uvedeného textu vyplývá, že ať už je pracovní spokojenost definována a rozdělována jakkoliv, teorie pracovní spokojenosti stojí na podobném principu jako tomu je u problematiky motivace – spokojenost s prací je z velké části ovlivněna individuálními potřebami, hodnotami nebo vnitřními pohnutkami každého člověka.

Ze zmíněných výzkumů zabývajících se motivací a pracovní spokojeností sester lze vyvodit, že je pro sestry stále velmi významným motivačním faktorem profese jako taková – péče o pacienty, pomáhání lidem atd. (Bártlová, 2006, p. 167). Právě touha pomáhat lidem je zřejmě u mnohých sester ta hlavní motivace, která jim pomáhá překonat nespokojenost s jinými aspekty jejich zaměstnání, a která dává jejich konání smysl. U některých může být i důvodem, proč si svou profesi zvolily. Proto bude problematice pomáhajících profesí věnována další kapitola.

2.1.5 Psychická úskalí pomáhajících profesí

Péče o klienty, kteří trpí chorobou ovlivňující nejen jejich fyzický stav, ale také kognitivní funkce, chování nebo prožívání, je velmi specifická a náročná. Osoba vykonávající profesi sestry by měla být empatická, citlivá a schopná zaměřit se na individuální potřeby klienta. Zároveň by sestrám neměla chybět určitá míra psychické odolnosti a schopnost zvládnout náročné situace, už jen proto, že jsou často vystavovány obavám, úzkostem, steskům a problémům jiných lidí.

Podle Stocka (2010, p. 32) může vlivem psychického vypětí a dalších přidružených faktorů, které jsou součástí povolání většiny sester (nízká mzda, dlouhá pracovní doba, fyzická zátěž atd.) dojít k rozvoji stresu. Za normálních okolností a v rozumné míře je stres běžnou součástí života. Pokud však překročí určitou mez (která je pro každého jedince specifická), může dojít, kromě jiného, ke vzniku syndromu vyhoření (Stock, 2010, p. 32).

Stock (2010, p. 19) uvádí mezi příznaky syndromu vyhoření například poruchy koncentrace, depresivní nálady, nespokojenost, únavu, snížený zájem o vše kolem, poruchy spánku, somatické problémy atd. Tyto projevy výrazně narušují jak pracovní, tak osobní život. Sestra, která trpí syndromem vyhoření, často nejeví dostatečný zájem o nemocného a o práci celkově. V krajních případech může dojít až k ohrožení zdraví klienta. Sestra by tedy měla mít dle Stocka (2010, p. 57) nějakou strategii, která by jí pomohla stres odbourávat. Základem této strategie je sebepoznávání (znalost svých předností a nedostatků), práce na vlastní osobě a na vztazích. Další metodou odbourávání stresu je pěstování různých zájmů, sportů a dalších aktivit. Stock (2010, p. 57) dodává, že by se nemělo zapomínat ani na kvalitní spánek a relaxaci. V boji proti syndromu vyhoření mohou být velmi prospěšné supervize pomáhající pracovníkům v jejich sebepoznání a v hledání motivace či profesionální role (Schmidbauer, 2008, p. 17).

Nabízí se tedy otázka, proč sestry vykonávají tak náročné zaměstnání, když je v dnešní době poměrně dost jiných pracovních možností v rámci oboru. Z popsanych definic

motivace je patrné, že určitou roli hrají faktory jako je mzda, blízkost bydliště, kolektiv atd. Je tu však ještě další – již zmíněný – aspekt, který má vliv nejen na volbu místa výkonu povolání, ale především na výběr profese jako takové. Tím neopomenutelným faktorem je touha pomáhat lidem a povolání zdravotní sestry patří právě mezi takzvané pomáhající profese. V tomto kontextu byl zaveden termín „*syndrom pomáhajících*“, který Schmidbauer (2000, p. 11), popisuje jako „*specifickou narcistickou poruchu*“. Dle Schmidbauera (2000, p. 13) je velmi složité určit, co je ještě zdravý projev altruismu a co už je patologické. Pro syndrom pomáhajících bývá příznačná neschopnost projevit vlastní potřeby a pocity, nemožnost říct ne, a bohužel je také mnohdy následován vznikem syndromu vyhoření, deprese či nějaké formy závislosti (Schmidbauer, 2008, p. 16). Konkrétně syndrom vyhoření hrozí podle Schmidbauera (2008, p. 17) mnohem častěji těm, kteří neumí rozlišovat mezi perfekcionismem a realistickými nároky na svou osobu. Riziko vzniku závislosti zase vychází z následujícího principu. Pomocník je silný a ten, který pomoc přijímá, je slabý. Pro pomocníka se takový pocit stává drogou, a pokud nemá této „drogy“ dostatečný přísun, vzniká právě ono nebezpečí opravdové drogové závislosti (Schmidbauer, 2008, p. 19).

Přílišným pracovním nasazením si člověk, který pomáhá, kompenzuje své pocity prázdnoty a bezcennosti, vznikající z neschopnosti projevit emoce. Není výjimkou ani zneužívání této vlastnosti pečujícího ze strany opečovávaných. Zároveň jsou problémy pomáhajících často bagatelizované a přehlížené (Schmidbauer, 2008, p. 16-17). Jedinec tak v podstatě pomáhá druhým na účet svého osobního vývoje.

Schmidbauer (2008, p. 16) dále zdůrazňuje, že je důležité zabývat se touto problematikou a docílit zlepšení psychohygieny lidí v pomáhajících profesích. Správná psychohygiena jim zároveň může pomoci k utváření adekvátní motivace k práci.

Souhrnný přehled výzkumů popisujících motivaci sester v různých zemích světa je uveden v tabulce, která je součástí přílohy č. 2. Ve výsledcích uvedených výzkumů je možné nalézt mnoho aspektů, které pozitivně nebo negativně ovlivňují pracovní motivaci sester – z pozitivních se objevuje práce jako taková (péče o klienty, pomáhání), z negativních výše mzdy, komunikace s nadřízenými nebo špatná atmosféra na pracovišti. Tato zjištění korespondují s teoriemi, které byly uvedeny v předešlých kapitolách. Jedním z faktorů, odrážejícím se negativně na psychice a následně i motivaci sester, je psychická zátěž a vysoká míra stresu, kterou toto povolání přináší. Souvisí nejen s množstvím úkolů, které je třeba zvládnout, ale i s odpovědností za zdraví dalších lidí a s tím, že sestra je velmi často vystavována jejich steskům, projevům emocí a osobním problémům. Psychická náročnost, kterou s sebou nese péče o nemocné, souvisí také s tím, jakou chorobou klient trpí. Konkrétně v případě onemocnění ovlivňujících chování a jednání klienta (mezi které spadá právě ACH, které je věnovaná následující část této práce) je nápor na psychiku pečujících obrovský.

2.2 Péče o klienty s diagnózou Alzheimerova choroba

Podle Jiráka et al. (2009, p. 29) je Alzheimerova choroba vážné onemocnění představující „...v čisté podobě alespoň 50 % všech demencí.“ Velmi často je kombinovaná s dalšími chorobami a vzniká tak tzv. smíšená demence. Příčinou vzniku ACH jsou změny v mozkové tkáni vedoucí k poklesu počtu neuronů a následně k atrofii v určitých oblastech mozku. Proto se tato choroba řadí mezi neurodegenerativní onemocnění (Jiráka et al., 2009, p. 29). Jiráka et al. (2009, p. 22) dále uvádí, že demence je syndrom zahrnující poruchu paměti, myšlení, orientace, chápání, schopnosti učení, schopnosti úsudku a dalších vyšších nervových funkcí.

ACH nepropuká náhle. Holmerová et al. (2013, p. 159) popisuje demenci³ jako onemocnění, které se rozvíjí delší dobu a má několik fází charakteristických svými příznaky, projevy a především nároky na péči. Jiráka et al. (2009, p. 32) odhaduje, že: „trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7-10 let.“ Klienti mohou tedy žít relativně dlouho s postupně se zhoršujícími projevy onemocnění, které je zásadně limituje v každodenních činnostech a u kterého nelze očekávat zlepšení stavu.

Holmerová et al. (2013, p. 159) zmiňuje, že i přes nepříznivou prognózu lze správným přístupem ošetřujících zajistit přijatelnou kvalitu života a především důstojnost nemocných. Právě to je v dnešní době hlavní směr, kterým se péče o klienty trpící demencí ubírá.

ACH a demence obecně je rozsáhlým zdravotním a sociálním problémem. S velkou pravděpodobností tomu tak bude i nadále. Tento předpoklad vychází z údajů, které shrnuje následující kapitola.

2.2.1 Epidemiologie Alzheimerovy choroby

Podle Jiráka et al. (2009, p. 21) počet nemocných trpících demencí již převyšuje počet osob, které onemocněly například diabetem. Na tomto přirovnání lze poměrně dobře demonstrovat, o jak rozšířené onemocnění se v případě demence jedná. Stoupající počet klientů trpících ACH je převážně důsledkem stárnutí obyvatelstva.

Vaňková et al. (2013, p. 111) se vyjadřuje konkrétně o situaci v České republice a uvádí: „V České republice lze trend vzrůstajícího výskytu demence ilustrovat již v pětiletém intervalu: zatímco pro rok 2010 je uváděn syndrom demence u cca 111 tisíc obyvatel, pro rok 2015 je expertní odhad výskytu demence již 124 tis. obyvatel.“

Informace o celosvětovém počtu osob trpících syndromem demence zveřejňuje organizace Alzheimer's Disease International (2015), která odhaduje, „že v roce 2015 žije na celém světě 46,8 milionů lidí s demencí. Toto číslo se téměř zdvojnásobí každých 20 let...“ Pokud se tedy vezme v úvahu vzrůstající pravděpodobnost onemocnění demencí ve vyšším věku a zároveň fakt, že počet seniorů stoupá, nejsou čísla zmíněná v předešlém textu překvapivá. Právě souvislostí mezi rostoucím počtem klientů s demencí a vyšším věkem se zabývá

³ Jelikož je Alzheimerova choroba nejčastější příčinou vzniku syndromu demence (Franková et al., 2011, p. 11), budou termíny Alzheimerova choroba a demence dále v textu používány jako synonyma.

Jiráček et al. (2009, p. 21), který upřesňuje: „*V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5 %... Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50 % jedinců.*“

Z uvedených údajů vyplývá, že se jedná o problematiku, se kterou se bude obyvatelstvo stále více potýkat. Kromě nárůstu počtu nemocných je zde další zásadní problém – i přes známý princip patogeneze různých onemocnění způsobujících demenci, zatím neexistuje účinná léčba. Právě patogenезi ACH je věnována další kapitola.

2.2.2 Patogeneze Alzheimerovy choroby

Na rozvoji ACH se podílí několik patologických procesů vedoucích k poškození mozku a jeho funkcí, z nichž budou uvedeny ty nejdůležitější (Jiráček et al., 2009, pp. 29-30):

- tvorba beta-amyloidu;
- degenerace tau-proteinu;
- porušení systému neurotransmiterů;
- nadměrné uvolňování excitačních aminokyselin zvyšujících četnost apoptózy;
- vzestup koncentrace volných kyslíkových radikálů poškozujících mozkové buňky;
- porušení systému nervových růstových faktorů důležitých pro obnovu tkáně.

Všechny zmíněné patologické procesy mohou probíhat různým způsobem a různou rychlostí, což se přímo odráží v klinickém obraze choroby. Pokud je diagnóza určena včas a správně, je možné zachytit nemoc v počátečních fázích a zmírnit tak její dopad na život klienta i jeho okolí. Tím se diagnostika stává nedílnou a velmi důležitou součástí péče o klienty trpící ACH.

2.2.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Jiráček et al. (2009, pp. 25-28) rozděluje diagnostiku ACH na několik fází:

Anamnéza je velmi důležitá část diagnostiky a pro její správné odebrání je potřeba součinnost další osoby – někoho blízkého, kdo je s klientem v úzkém kontaktu, zejména proto, že si on sám nemoc ne vždy uvědomuje nebo přiznává. Zjišťuje se kompletní anamnéza a je zaměřena hlavně na neobvyklé chování, komunikaci a další charakteristické změny. Mimo jiné se také pátrá po výskytu stejného onemocnění v rodině.

Somatické vyšetření zahrnuje například měření vitálních funkcí, laboratorní rozborů nebo neurologické vyšetření.

Vyšetření poznávacích funkcí je realizováno prostřednictvím speciálních metod a testů, o kterých se blíže zmiňuje Jiráček a Koukolík (2004, pp. 85-88), a mezi které patří například:

- **MMSE(Mini-Mental State Examination)** – nejpoužívanější test kognitivních funkcí sloužící k rozpoznání přítomnosti a závažnosti demence. Pokud klient získá 26 – 25 bodů, jedná se o hodnotu, při které by měl být sledován. Otázky, které se k testování používají, jsou uvedené v příloze č. 3.
- **Alzheimer's disease Assessment Scale** – testuje kognitivní i nekognitivní funkce.
- **Dotazník aktivit denního života (ADL, test Barthelové)** – hodnotí se úroveň soběstačnosti v aktivitách jako je najedení, napití, oblékání, hygiena atd.

- **Dotazník instrumentálních aktivit denního života (IADL)** – mezi testovanými položkami je telefonování, nakupování, vaření, užívání léku a další.
- **Sedminutový screeningový test demence** – slouží k rychlé diagnostice.

Zobrazovací metody odhalují morfologické změny, které lze vyšetřit pomocí CT nebo magnetické rezonance. Pro zjištění funkčních odchylek je využíváno SPECT, PET nebo EEG (Franková et al., 2011, pp. 29-31).

Výše byly shrnuty postupy, užívané pro určování diagnózy při podezření na onemocnění ACH. Jelikož je tato bakalářská práce zaměřena na péči poskytovanou sestrami, je třeba zmínit, na kterých uvedených diagnostických fázích se právě sestry mohou podílet. V první řadě se jedná o pozorování klienta a zachycení prvotních příznaků – ať už jde o neobvyklé chování, poruchy kognitivních funkcí či o projevy zmatenosti, deprese, úzkosti a podobně. Dále se sestra, která dotyčného klienta zná delší dobu, může podílet na doplnění anamnestických údajů. Sběr informací prostřednictvím dotazníků je také často prováděn sestrami. Neopomenutelná je asistence lékaři při dalších uvedených vyšetřeních.

Pokud je tedy stanovena diagnóza, je důležité včas nasadit odpovídající léčbu, která je v případě onemocnění ACH velmi specifická.

2.2.4 Léčba Alzheimerovy choroby

Franková et al. (2011, p. 41) uvádí, že základem léčby klienta s ACH a správné péče o něj, je individuální přístup ke každému jedinci. Je třeba brát v potaz fázi onemocnění, přidružené choroby, pravidelně užívaná farmaka a aktuální stav konkrétního klienta. Dále je podle Frankové et al. (2011, p. 41) velmi důležitou součástí léčby péče o celkový fyzický stav. Tato péče zahrnuje dostatečnou hydrataci, nutrici, volbu vhodné tělesné aktivity, racionální farmakoterapii a kompenzaci chronických onemocnění.

Princip farmakologické terapie ACH popisuje Sheardová (2010, p. 172), dle které nespočívá v léčbě nemoci jako takové ani v zastavení její progresu. Lze pouze prodloužit období, po které je klient soběstačný nebo minimálně závislý na péči okolí. Úloha sestry ve farmakologické léčbě ACH spočívá v kontrolování a sledování klienta a případném včasné zaznamenání nežádoucích účinků léčiv. Samozřejmě by také mělo být podání správné dávky ve správnou dobu dle ordinace lékaře.

Jak již bylo nastíněno, neméně důležitý je nefarmakologický management demence. Zaměřuje se na zvládání změn chování, agresivity, bloudění, apatie a dalších projevů, které jsou zatěžující především pro pečovatele. Klíčová je proto určitá podpora poskytovaná pečujícími. Pokud jsou osoby podílející se na péči o klienta dobře edukovány, podporovány a je jim poskytnuto poradenství a pomoc (například při navštěvování svépomocných skupin), může to dle Sheardové (2010, p. 175) významně oddálit nutnost institucionalizace nemocného. Zároveň je třeba zdůraznit důležitost podpory profesionálních pečujících, kterou může do jisté míry zajistit management příslušného zařízení poskytnutím různých benefitů (sport, kolektivní aktivity, psychoterapie atd.).

2.2.5 Klinický obraz a péče v jednotlivých fázích Alzheimerovy choroby

Holmerová et al. (2013, pp. 159-163) uvádí, že lze ACH rozdělit, dle závažnosti, do čtyř stádií, která jsou specifická svými nároky na péči:

Počínající a mírná demence je stadium charakteristické zachováním relativní soběstačnosti. Objevuje se postižení paměti a dalších kognitivních funkcí i některé nekognitivní příznaky (deprese, změny chování). Dle Jiráka et al. (2009, p. 31) se v počáteční fázi onemocnění objevují poruchy orientace v čase i prostoru. Podle Holmerové et al. (2013, p. 159) vzniká deprese a pocit nejistoty hlavně proto, že si klienti ještě uvědomují svůj stav. V této fázi potřebují dostatek informací o povaze choroby a určitou míru dopomoci a dohledu – ne však nepřetržitě.

Středně pokročilá a rozvinutá demence je stav, který Holmerová et al. (2013, pp. 160-161) popisuje jako období, které již zahrnuje potřebu péče v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních. Jelikož je tato fáze onemocnění provázena dezorientací a omezenou soběstačností, je v mnoha případech nutné zajistit trvalý dohled a dopomoc s některými činnostmi. Většinou se to však netýká aktivit, které jsou klienti zvyklí provádět denně. Stejně tak je zachována uspokojivá míra komunikace. Málokdy se v tomto stadiu onemocnění lze setkat s vážnějšími poruchami chování. Pokud se vyskytnou projevy agresivity, je to často způsobeno nesrozumitelností situace nebo nepříjemnými pocity z ošetřování (bolest, nesprávná manipulace). Pro klienty je v této fázi onemocnění důležitý pravidelný denní rytmus a řád. Je třeba vytvořit jim smysluplný program, který podpoří jejich schopnosti a soběstačnost (Holmerová et al., 2013, pp. 160-161).

Těžká demence je stadium vyžadující individualizovanou péči dle potřeb klienta. Je nutné zajistit neustálou dostupnost kvalifikovaných zdravotníků a jejich asistenci klientům při každodenních činnostech. Častěji se objevuje problematické chování, které je mnohdy vyvoláno somatickými poruchami. Klient má velmi omezenou schopnost komunikace a personál se tak musí umět dorozumívat nonverbálně. Z důvodu snížené mobility je také důležitá rehabilitace a polohování. Stejně tak je potřeba zajistit dostatečný přísun potravy (časté poruchy polykání) a tekutin (Holmerová et al., 2013, pp. 162-163)

Terminální stadium je dle Holmerové et al. (2013, p. 163) většinou označením posledního roku života nemocného. Schopnost komunikace, pohybu, příjmu potravy a tekutin je omezena na minimum. Kvalita a délka klientova života závisí především na péči ošetřujícího personálu. V této fázi je tedy kladen důraz na ošetřovatelskou a paliativní péči a především na důstojné umírání (Holmerová et al., 2013, p. 163).

2.2.6 Zařízení poskytující péči o klienty s Alzheimerovou chorobou

V okamžiku, kdy nemoc pokročí tak, že se klient není schopný postarat o své každodenní základní potřeby a rodina situaci dále nezvládá, je třeba pomýšlet na možnosti odborné péče. Po určitou dobu může být kompromisem mezi domácí a ústavní péčí denní či týdenní stacionář (Vellas et al., 2006, p. 44).

Nejčastěji je o klienty s diagnózou ACH pečováno ve dvou typech pobytových zařízení, kterými jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Vaňková et al., 2013, pp. 111-112).

Domovy pro seniory jsou dle § 49 zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) popisovány takto: „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Podle Holmerové et al. (2014, p. 32) žije současně v domovech pro seniory mnohem více lidí trpících demencí než v dřívějších dobách, ve kterých tato zařízení sloužila spíše jako náhradní ubytování pro lidi vyššího věku. Holmerová et al. (2014, p. 32) uvádí jako důvod k tomuto vzestupu právě zavedení výše citovaného zákona.

Domovy se zvláštním režimem jsou definovány § 50 zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), který uvádí: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost...a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“

Výše zmíněná režimová opatření zahrnují dle Jiráka et al. (2009, pp. 91-93) především individualizovaný přístup ke každému klientovi, přičemž hlavním předpokladem je dobrá znalost stadia choroby, potřeb a zvyků konkrétního nemocného. Na základě těchto informací se sestavuje individuální plán, denní režim a klient je veden k aktivitám odpovídajícím jeho stavu. Jiráček et al. (2009, p. 99) dále zdůrazňuje, že by oddělení poskytující péči o osoby trpící demencí měla poskytovat bezpečí a ochranu klientů.

Veřejný ochránce práv (2015, p. 18) uvádí, že by bezpečí klientů mělo být zajištěno hlavně uvnitř zařízení – vytvořením tzv. chráněného prostředí, ve kterém mohou vykonávat běžné aktivity, aniž by jim hrozila újma na zdraví. Vzhledem k tomu, že je u osob trpících demencí porušena schopnost orientace, je třeba uzpůsobit obývané prostory tak, aby zde nehrozil úraz (odstranění překážek a nerovných povrchů, zabrzdění postelí a vozíků, instalace madel, dostatečné osvětlení) a přehledné (výrazné označení místností, zobrazení času atd.). Dále se jedná o prevenci nekontrolovaných odchodů ze zařízení, které mohou mít za následek bloudění nebo dokonce zranění klienta. Jedná se především o klienty trpící rozvinutou fází onemocnění. Proto je v některých zařízeních zaveden režim tzv. polouzavřených oddělení, která nemohou klienti opustit bez doprovodu. K tomuto účelu se například instalují atypické kliky na dveře nebo je k jejich otevření číselný kód či klíč, případně je v zařízení zřízena recepce (Jiráček et al., 2009, pp. 124-126). Veřejný ochránce práv (2015, p. 39) se k této problematice vyjadřuje tak, že nelze omezovat pohyb všech klientů a je třeba vždy zvážit reálná rizika volného pohybu konkrétního nemocného a umožnit mu oddělení opouštět, pokud je soběstačný. Veřejný ochránce práv (2015, p. 39)

zdůrazňuje, že musí být vždy respektována svoboda klienta a pokud je jakýmkoliv způsobem omezována, tak pouze z relevantních důvodů a dle jasných pravidel a standardů. Omezování pohybu jako takovému se věnuje § 89 zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), dle kterého je omezení pohybu osoby možné jen v určitých, v zákoně uvedených, situacích (hlavně při ohrožení zdraví nebo života klienta a ostatních osob) a pouze na nezbytně nutnou dobu.

Kromě výše uvedených typů zařízení, jsou klienti hospitalizováni na odděleních spadajících, dle zákona (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách), do sféry zdravotnických služeb. Jedná se například o oddělení následné lůžkové péče, dlouhodobé péče či o psychiatrické léčebny (Jiráček et al., 2009, p. 122). Zdravotnická zařízení jako taková nejsou pro klienty trpící demencí příliš vhodná. Podle Jiráčka et al. (2009, p. 122) zde není možné zajistit specifický režim a individuální péči, kterou tito klienti potřebují. Obecně je však hranice mezi zdravotní a sociální péčí uměle vytvořená a ve většině případů ji ani nelze takto oddělit, protože klient často potřebuje oba typy služeb (Holmerová et al., 2014, p. 32).

Velké množství zařízení, která jsou registrovaná⁴, se řídí doporučeními vydávanými Českou alzheimerovskou společností (dále jen ČALS), konkrétně jejím certifikačním systémem Vážka. Tento certifikát byl vytvořen na základě dlouholetých zkušeností s péčí o klienty trpící demencí. Hlavním cílem ČALS je zajištění kvalitní péče o klienty a zároveň také podpora rodinných příslušníků a pečovatelů. K tomuto účelu byla zřízena kontaktní a informační centra nabízející, mimo jiné, možnost konzultace s odborníky. ČALS se také podílí na mnoha aktivitách a programech vedoucích k podpoře klientů a jejich blízkých (Hájková et al., 2013, p. 101).

Právě zátěži pečujících, a konkrétně pečujících sester, se zabývá výzkum realizovaný v zařízeních, která se také řídí radami ČALS a snaží se poskytnout nejlepší možnou péči klientům trpícím demencí.

⁴ Holmerová (2014, p. 38) upozorňuje, že kapacita zařízení registrovaných dle platných zákonů nestačí a vznikají i zařízení neregistrovaná. Dle Holmerové (2014, p. 38) jsou většinou takto vedeny různé ubytovny, ve kterých je poskytována sociální a zdravotní péče. Není zde však zaručena kvalita této péče, kvalifikovaný personál nebo potřebné vybavení a pro klienty mohou tato zařízení znamenat nebezpečí.

3 Metodologie a výsledky výzkumu

3.1 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním cílem výzkumu je zmapování motivace oslovených sester k výběru pracovního místa v zařízení, které poskytuje péči klientům s diagnózou Alzheimerova choroby.

Stanovené dílčí cíle jsou:

1. Zjistit, zda měly na volbu současného pracovního místa vliv předchozí zkušenosti s lidmi, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou.
2. Zjistit, zda chtějí oslovené sestry nadále setrvat na současném pracovním místě a jaké motivační faktory je k tomuto rozhodnutí vedou.
3. Zjistit, jestli se management zařízení snaží sestry motivovat a jaké metody k udržení motivovanosti zaměstnanců z řad sester využívá.

Hlavní výzkumnou otázkou je zjišťováno, co sestry vedlo ke zvolení současného pracovního místa a jaké faktory tuto volbu ovlivnily.

Dílčími výzkumnými otázkami je zkoumáno:

1. Jak sestry při volbě nynějšího pracovního místa ovlivnily předchozí zkušenosti s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou.
2. Jaké motivační faktory přispívají k rozhodnutí sester setrvat na nynějším pracovním místě.
3. Jak k udržení motivace sester přispívá management zařízení.

3.2 Metodologie

3.2.1 Metoda získávání výzkumných dat

Pro sběr informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření realizované prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s vybranými informanty. Metoda polostrukturovaného interview vyžadovala přípravu spočívající ve vytvoření okruhu otázek, který dále sloužil jako určité schéma rozhovoru. Pořadí otázek bylo během rozhovoru měněno v závislosti na odpovědích informanta. Zároveň byly kladeny doplňující a upřesňující otázky tak, aby odpovědi pokryly všechny výzkumné cíle (Miovský, 2006, pp. 159-173). Konkrétní otázky využitě k získání informací pro účely tohoto výzkumného šetření jsou uvedeny v příloze č. 4. Celý průběh rozhovoru byl nahráván na diktafon, s čímž udělal každý informant ústní i písemný souhlas. Formulář informovaného souhlasu je součástí přílohy č. 6.

3.2.2 Výběr výzkumného vzorku a charakteristika informantů

Při výběru informantů byla použita kombinace metod sněhové koule a záměrného výběru (Miovský, 2006, pp. 130-135). V první řadě byl osloven vedoucí pracovník konkrétního zařízení, které bylo vybráno na základě doporučení osob orientujících se v dané

problematicke. Vedoucí pracovník poté kontaktoval potencionální informanty (vybrané dle charakteristik požadovaných výzkumníkem – kvalifikace všeobecné sestry, více než dva roky praxe v oboru, více než rok praxe v současném zařízení), z nichž se výzkumu zúčastnili ti, kteří se svou účastí projevili souhlas. Identifikační údaje informantů shrnuje tabulka č. 1 – z důvodu zachování anonymity, byla jména nahrazena písmeny.

Tabulka č. 1: Identifikační údaje informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe v současném zařízení
Sestra A	žena	45	Středoškolské	14 let	14 let
Sestra B	žena	28	Bakalářské	10 let	2 roky
Sestra C	žena	52	Středoškolské	30 let	15 let
Sestra D	žena	45	Středoškolské	17 let	14 let
Sestra E	žena	41	Středoškolské	8 let	8 let
Informant F ⁵	muž	68	Středoškolské	25 let	15 let

Zdroj: Vondrášková (2016)

Výzkumný soubor je tvořen všeobecnými sestrami pracujícími ve dvou zařízeních poskytujících péči o klienty trpící demencí. Výzkumný soubor tvoří 5 žen a 1 muž ve věkovém rozmezí 28 až 68 let.

3.2.3 Realizace výzkumu

Rozhovory byly uskutečněny v průběhu ledna a února 2016 ve vybraných zařízeních poskytujících zdravotně sociální péči klientům s diagnózou Alzheimerova choroba. Před zahájením samotného sběru dat byla vedoucím pracovníkem zařízení podepsána Žádost o souhlas s realizací výzkumného šetření a dohodnuty konkrétní termíny rozhovorů. Vzor žádosti o souhlas s realizací výzkumného šetření je součástí přílohy č. 5.

Setkání s každým informantem proběhlo individuálně a byl zajištěn dostatek času a soukromí na rozhovor. Proces sběru dat pokračoval tak dlouho, až nové informace nevedly k dalším změnám a výzkum tak byl teoreticky nasycen a ukončen.

3.2.4 Metodika zpracování dat

Získané audiozáznamy byly následně přepsány v programu MS Word - každý rozhovor zvlášť do přehledných tabulek sloužících ke snadné orientaci. Nejkratší záznam trval 15 minut a nejdelší 27 minut. Rozsah přepisů se pohyboval v rozmezí tří až šesti stran textu. Po přepsání nastala fáze analyzování textu pomocí metody otevřeného kódování. Jednotlivé pasáže byly zvýrazňovány a poté z nich byla vypisována klíčová slova a sdělení.

⁵ Informant F není v textu záměrně označován jako „sestra“, ale právě jako „informant“, protože se jedná o muže a stylisticky by text nekorespondoval s uvedenými citacemi.

Tyto výňatky se staly základem pro vytvoření kategorií a podkategorií a následně došlo k jejich opětovnému uspořádání dle významu a souvislostí. Zpracované údaje jsou doplněny doslovnými citacemi informantů uvedenými v následujícím textu kurzívou a v uvozovkách (Miovský, 2006, pp. 220-225).

3.2.5 Etické aspekty výzkumu

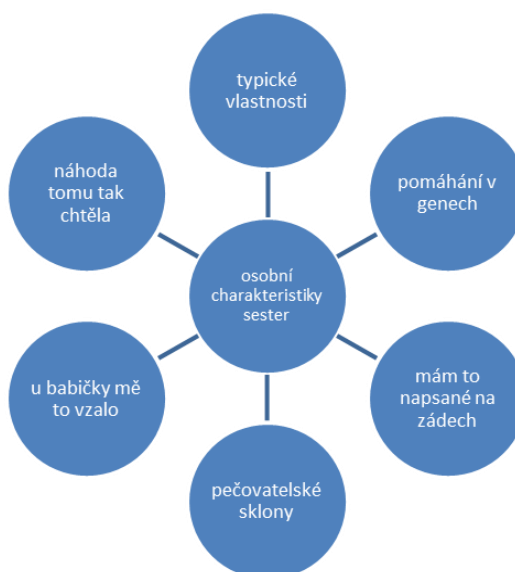
Každému informantovi bylo před začátkem rozhovoru sděleno, že je jeho účast zcela dobrovolná, na kteroukoliv otázku nemusí odpovídat, z výzkumu může kdykoliv odstoupit a všechny jím poskytnuté informace jsou zcela anonymní. Zároveň bylo informantovi poskytnuto dostatečné množství času k pokládání jakýchkoliv dotazů a byl k tomu výzkumníkem předem vyzván. Pořízení audiozáznamu prostřednictvím diktafonu bylo taktéž písemně i ústně odsouhlaseno a informant byl zároveň ujištěn, že záznam nebude poskytnut třetí straně a bude využit pouze pro účely přepsání rozhovoru výzkumníkem. Tyto a další informace (týkající se obsahu práce, metody sběru dat nebo kontaktů na výzkumníka) byly shrnuty v Informovaném souhlasu, který byl účastníkovi předán k podpisu a prostudování a jehož kopii účastník obdržel. Vzor informovaného souhlasu obsahuje příloha č. 5.

3.3 Analýza a interpretace výsledků

3.3.1 Kategorie osobní charakteristiky sester

Tato kategorie shrnuje charakterové vlastnosti sester a jejich vztah k problematice pomáhání. Na základě odpovědí jednotlivých sester byly vytvořeny podkategorie: **typické vlastnosti, pomáhání v genech, mám to napsané na zádech, pečovatelské sklony, u babičky mě to vzalo, náhoda tomu tak chtěla**. Podkategorie shrnuje schéma č. 1.

Schéma č. 1: Kategorie osobní charakteristiky sester



Zdroj: Vondrášková (2016)

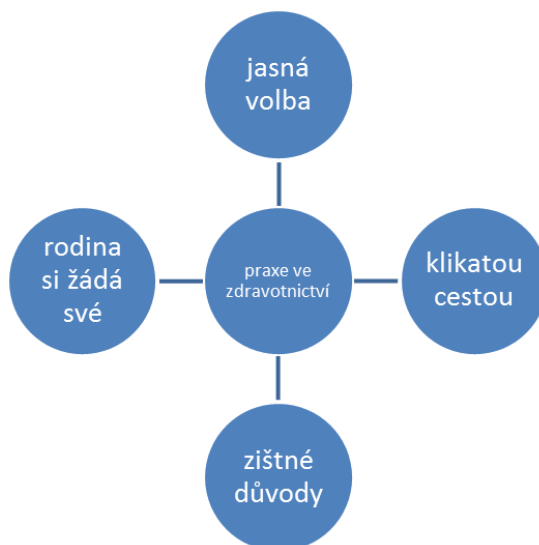
Při dotazování na vlastnosti, kterými by popsali svou osobu, uváděli informanti například dobrosrdečnost, upřímnost, cílevědomost, impulzivnost, spolehlivost, vstřícnost nebo komunikativnost. Konkrétně se o souvislosti svých vlastností a práce vyjádřila sestra A: „...mám ráda systém, rád...“ Sestra C zase uvádí: „*Tak snažím se být hlavně poctivá v té práci...nejen v práci, ale tak celkově.*“ Sestra E se zmiňuje o svém vztahu k ostatním kolegům: „*Jsem společensky taková nekonfliktní. Abych prostě vycházela se všema jak na pracovišti, tak i teda určitě ten vztah k lidem člověk v sobě musí mít...*“ Již u této otázky tedy zazněly zmínky o klientech a přístupu k nim. Sestra E dále doplňuje: „...*třeba na ně nemůžu začít hartusit, protože to беру tak, že jsou tady doma.*“ Podobně se vyjadřuje sestra B: „*Přijdu si hodná na pacienty, někdy až moc.*“

Touha pomáhat lidem se u informantů většinou projevila již v mládí. Sestra C vzpomíná: „*Asi to mám geneticky daný, protože si pamatuju, že jsem už jako malá chodila pomáhat starým lidem, uhlí nosit a popel vysypávat a nákupy...Už na základce. V podstatě to se mnou tak nějak šlo.*“ Pro některé sestry je pomáhání celoživotním posláním ovlivňujícím jejich každodenní život – profesní i osobní. Sestra A popisuje: „*Člověk je takovej, jak se říká, postiženej. Vidíte staré lidi a hned jako pomáháte...Nebo kolikrát se i oni na vás otočí, a říkám, že to mám napsaný na zádech.*“ Podobně se touha pomáhat prolíná i životem informanta F, který od mládí rád ulehčoval starším lidem a dále dodává: „*Možná, že jsme tak vyrůstali, možná, že je to v nás...chtěl jsem vždy dávat radost a měl jsem radost, když ostatní měli radost.*“ Orientaci na péči o ostatní zdůrazňuje i sestra D: „...*vždycky jsem byla taková pečovatelka...vždycky mě to bavilo.*“ Někteří informanti uvedli, že v nich touhu pomáhat ostatním vzbudila osobní zkušenost s péčí o blízkou osobu. Sestra E zmínila v souvislosti s volbou profese: „...*když jsem se rozhodovala, tak jsem se s mámou starala o babičku.*“ Sestra B taktéž popisovala období, ve kterém pečovala o nemocnou babičku a o spojitosti tohoto zážitku a touhy pomáhat se vyjadřuje: „*Spíš jsem tehdy poznala to pečování o toho člověka...je to rodinný příslušník, tak je to jiný, ale tam u té babičky mě to jakoby vzalo.*“ Na rozdíl od ostatních informantů, sestra A uvedla, že se u ní pečovatelské sklony objevily až po nástupu do nynějšího zařízení: „*To bylo spíš náhodou. Já jsem hledala práci a vlastně se mi naskytla tady. A tady jsem zjistila, že mě to vlastně naplňuje. Že mě ta práce...pečovat o staré lidi, jakoby uspokojuje.*“

3.3.2 Kategorie praxe ve zdravotnictví

Dalším okruhem otázek bylo zjišťována motivace sester pro výběr povolání a popisován jejich profesní vývoj před nástupem do nynějšího zařízení. Na základě získaných odpovědí vznikly podkategorie: **jasná volba, klikatou cestou, zjištěné důvody, rodina si žádá své.** Tyto podkategorie znázorňuje schéma č. 2.

Schéma č. 2: Kategorie praxe ve zdravotnictví



Zdroj: Vondrášková (2016)

K volbě povolání zdravotní sestry vedlo informanty mnoho různých důvodů. Některé sestry se k práci ve zdravotnictví dostaly v podstatě náhodou až po praxi v jiném oboru. Sestra A je vyučená prodavačka a do zařízení nastoupila, protože hledala práci: „*Sem jsem nastoupila s kurzem a zdrávku jsem si dodělávala dálkově a to už jsem věděla, že bych tuhle práci chtěla dělat.*“ Sestra E chtěla dělat zahradnici, ale ze zdravotních důvodů nakonec nastoupila na zdravotnickou školu. Pro sestru C byla volba profese cestou ke splnění snu: „*Chtěla jsem dělat s dětma v jeslích a na to jsem teda musela být zdravotní sestra...po mateřské už jsem se k dětem vrátit nemohla, tak jsem přesídlila k té druhé kategorii*“ Zcela opačné jsou motivy pro volbu profese všeobecné sestry u dalších dvou informantů. Sestra B byla ovlivněna osobní zkušeností s péčí o nemocného a svou rodinou: „*Starali jsme se o babičku...když mi bylo 14, tak jsme si ji vzali domů...měla jsem potřebu se o ní starat, pomáhat mamce. Tak mě to nějak, ta zdrávka, začala bavit.*“ Nejsložitější cestu k nynějšímu povolání ušel informant F, vykonávající 25 let práci laboranta, ošetřovatele a následně pak všeobecné sestry. Informant F uvádí: „*Když zemřela moje maminka, tak jsem nastoupil jako ošetřovatel...a tam ležela paní profesorka...a chodila za ní zástupkyně ředitelky a ony do mě tolik hučely, abych si udělal ještě třetí maturitu, že já jsem ji prakticky před padesátkou udělal.*“

Stejně jako volba povolání byl i profesní vývoj u některých informantů složitější. Informant F po vystudování zdravotní školy zůstal v zařízení, kde předtím pracoval jako ošetřovatel a poté nastoupil do domova důchodců: „*Dělal jsem šéfa úseku, jenomže to mě nějak nenaplňovalo, protože to byla všechno práce administrativní...s těma lidma moc nebyl kontakt.*“ Zkušenosti s péčí seniory měla z předchozího zaměstnání i sestra B, která uvedla, že o jiné zaměření nikdy nejevila zájem: „*Mě to vůbec neláká nějaký aro nebo jipky, to vůbec. Předtím jsem byla v alzheimercentru...100 lidí tam bylo. Tady máme 12.*“ Sestra C, která uvedla, že toužila pracovat v jeslích, nejdříve tuto práci vykonávala, ale po

mateřské dovolené nastoupila do nynějšího zařízení jako pečovatelka: „...*tady odsud jsem odešla, pak jsem šla dělat do kojeňáku...a pak jsem se sem vrátila z rodinných důvodů.*“ Sestra D podle svých slov začínala na neurologii a po přestěhování pracovala v domově seniorů. Po mateřské dovolené se však sestra D do zdravotnictví nevrátila a svůj opětovný návrat popisuje takto: „...*asi 15 nebo 10 let jsem nedělala ve zdravotnictví...tu práci jsem vůbec nějak nevyhledávala a měla jsem děti, takže nějaký trojsměnný provoz mě nenapadl...potom jsem vlastně hledala zaměstnání, které bych měla blízko domova. Takže jsem našla inzerát, kde hledali zdravotní sestru do domácí péče...*“ Podobně pracovala několik let mimo zdravotnictví i sestra E: „*Já jsem měla pauzu, protože po mateřský jsem potřebovala jen na ranní...tak jsem zůstala dělat na živnosták úplně jiný obor a pak, když už odrostly děti, tak jsem zase naskočila do toho.*“ Sestra A od svého nástupu na nynější pozici zdravotnictví neopustila, ale pracuje ještě na interním oddělení, což zdůvodňuje takto: „*Když jsem dodělala školu, tak mě přišlo, že tady dobrý, ale co se týká té odbornosti, není toho tolik...Tak jsem se chtěla něčemu naučit, tak jsem šla tam...ta práce je tam víc odborná.*“

3.3.3 Kategorie volba současného pracovního místa

Sestry byly dále dotazovány na své rozhodnutí pracovat na současné pozici. Byly jim kladeny otázky týkající se zkušeností s péčí o klienty trpící demencí a mapující důvody jejich rozhodnutí pracovat v konkrétním zařízení. Po analýze odpovědí byly vytvořeny podkategorie: **hlavně dělat s lidmi, domácí prostředí, blízko domů, jen ne do nemocnice, ta paní, co přinese jídlo**. Podkategorie zobrazuje schéma č. 3.

Schéma č. 3: Kategorie volba současného pracovního místa



Zdroj: Vondrášková (2016)

Důvody, které vedly sestry k volbě aktuálního pracovního místa, do značné míry korespondují s výše uvedenými výpověďmi osvětlujícími jejich záměr pracovat ve zdravotnictví jako takovém. Informant F, který chtěl celý život pomáhat lidem a prioritou

pro něj byl kontakt s klienty, uvedl: „*Chtěl jsem dělat s lidma. Chtěl jsem být u lůžka...a pak jsem přišel tady a to bylo ještě víc pro mě, protože je to domácí.*“ Sestra B také měla předchozí zkušenosti s podobným zařízením a hledala stejnou práci v místě nového bydliště: „*Místo jsem změnila kvůli tomu, že jsme se stěhovali a v podstatě jsem chtěla do něčeho menšího. V předchozím zařízení bylo 100 lidí, tady máme 12.*“ Blízkost bydliště hrála roli ve volbě pracovního místa i u dalších informantů. Sestra D uvedla, že pro ní vzdálenost od domova byla hlavním důvodem a o náplni práce až tak moc nepřemýšlela. Dále však vyzdvihla fakt, že zaměstnání získala i přesto, že nebyla několik let v praxi: „*Hledala jsem práci a přišlo mi tohle hezký, že jsou ochotný vzít, i když jsem to nikdy nedělala.*“ Podobnou zkušenost s nástupem do zařízení po delší pauze má i sestra E: „*...já jsem obvolávala nemocnici, jestli se můžu vrátit po delší pauze...když jsem se rozhodla zpátky pro zdravotnictví, tak jsem našla vlastně inzerát v novinách...říkala jsem si, že ten špitál bude větší frmol. Tohle je takový, pro začátek, klidnější.*“ Také sestra E uvedla jako jeden z faktorů ovlivňujících její nástup do zařízení blízkost bydliště. Stejný důvod uvedla i sestra C, která doplnila: „*...jaké já jsem nechtěla klasicky do nemocnice, takže spíš ta práce ne úplně až tak odborná bych řekla.*“ Sestra A se zase v práci, do které dle vlastních slov nastoupila náhodou, nakonec našla a dokonce si kvůli postupu na nynější pozici doplnila vzdělání: „*...líbilo se mi tady...proto jsem si dodělala tu školu...líbilo se mi tady celkově. Ten kontakt s těma lidma...*“

Dále byly sestry dotazovány na svou zkušenost s klienty trpícími demencí a na to, zda je tato zkušenost nějak ovlivnila při volbě současného povolání. Sestra A a C uvedly, že bližší kontakt s takto nemocnými nezaznamenaly. Sestra B se pro práci s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou rozhodla na základě zkušenosti se stejně nemocnou babičkou. Sestry D, E a informant F o klienty s onemocněním demence pečovali, ale nebylo to pro ně důvodem k nástupu do zařízení. Informant F líčil svou zkušenost takto: „*...můj tchán měl poslední dva roky 4. stupeň...Ale předtím jsem nevěděl to, co teď. Kdybych tohle věděl, když jsem se staral o tchána, tak bych hodně na těch svých tenzích ušetřil, na nervech...na některé věci jsem musel přijít sám. Jsme hledali furt peníze, co měl doma...ale tohle mě ani tak neovlivnilo...prostě mě to táhlo k tomu.*“ Podobné zážitky popsala i sestra E: „*Babička měla demenci a velice dobře právě vím, jak se to odrazilo na mámě, která vlastně figurovala v roli té paní, co přinese jídlo. Ona vlastně mámu – jako svoji dceru - nepoznala...Děda pro ní byl cizí člověk...*“ Sestra D se s klienty trpícími demencí setkala v předchozím zaměstnání, takže tušila, co bude současná práce obnášet: „*Tak v té době už jsem trochu věděla, co pacient s demencí znamená. I v té domácí péči se vyskytovali takoví lidi.*“

3.3.4 Kategorie aspekty současného zaměstnání

Otázky zabývající se současným zaměstnáním se vztahovaly převážně k rozdílům mezi očekáváním informantů a realitou, pozitivním a negativním aspektům práce a záměru setrvat. Dále se sestry vyjadřovaly ke změnám, které by podle nich zařízení a jim osobně

prospěly. Byly odvozeny tyto podkategorie: **příjemné překvapení, rozčarování, administrativa na úkor péče, diktát příbuzných, víc si k nám dovolí, jsme ty jejich holky**. Uvedené podkategorie popisuje schéma č. 4.

Schéma č. 4: Kategorie aspekty současného zaměstnání



Zdroj: Vondrášková (2016)

Na otázku, zda spatřují nějaké rozdíly mezi svým očekáváním před nástupem na současnou pozici a realitou, odpověděli dva informanti, že ne. Informant F uvedl jako důvod skutečnost, že dříve pracoval v zařízení podobného typu. Sestra B měla také již zkušenost s obdobným zaměstnáním, kde měla na starosti mnohem více klientů než nyní a uvedla: „...čekala jsem to horší. V tom smyslu té péče...ta péče je tady stoprocentní o ty lidi. Nečekala jsem, že to bude až takový. Já jsem si to nedokázala z té stovky těch lidí představit na ten menší počet.“ Sestra A naopak líčí negativní pohled na rozpor mezi svými předpoklady a skutečností: „Bohužel...Přístup těch lidí vůči ostatním. Mě přijde, že dřív nebyli k sobě tak oškliví jako teď...i ti klienti mezi sebou.“ O komunikaci s pacienty jako prvku, který byl pro ni překvapivý, hovořila i sestra D: „Co bylo pro mě překvapením...ta náročnost jakoby psychická a fyzická...že to bylo hodně o tom naučit se s těma lidma komunikovat. A to, že nestačí jenom říct a ono se stane...“ Sestra C zmínila, že jí ze začátku asi nic nepřekvapilo, ale změny pozoruje spíš aktuálně: „Teď v poslední době se ta práce soustředí na papíry místo na lidi. To jako mi vadí hodně.“

Právě administrativu uváděli informanti jako jedno z negativ současné práce. Sestra C dále dodala: „...my teda trávíme hodně času u stolu, tak už na ty klienty není tolik času, kolik by člověk i chtěl a kolik by oni si zasloužili...“ To je podle mě důležitější než podepisovat papíry.“ Velký problém spatřuje v administrativě také sestra E: „Administrativa prostě je na prvním místě. Aby to všechno souhlasilo, pro pojišťovnu...dřív toho bylo o hodně méně...člověk nemá čas na ty lidi tolik...To bych řekla, že jde na úkor péče...oni zajištěný jsou, ale je pravda, že dřív měl člověk čas vzít třeba ten talíř a jít je nakrmit, což je dneska nemožný.“ Pro dvě sestry se velké množství papírů stalo přímo důvodem k opuštění

pracovního místa. Informant F má tuto zkušenost z minulosti: „...*papíry, objednávat léky, rozdělovat a prostě ono to nebylo s těma lidma...*“ Sestra A díky podobným pocitům svůj odchod ze zařízení aktuálně zvažuje: „...*ne z důvodu, že bych jako (co se týká těch lidí) nebyla spokojená, ale strašný papírování a já to moc nezvládám...Nikdo nám to pořádně nevysvětlí a jakoby to na nás bylo navalený...*“

Dalším aspektem, který někteří informanti považují za negativní a demotivující, je zasahování rodinných příslušníků do péče. Sestra C popisuje svou zkušenost: „...*vadí mi, že mají velký slovo příbuzní těch klientů, který si diktují a zavádí vás někam, kam vlastně ani nechcete...Někdy ti klienti by na tom třeba ani netrvali nebo by to brali tak, jak to tu funguje a rodina si vydupe, že to chce jinak.*“ Podobně vidí problematiku komunikace s rodinami klientů i sestra D, kterou velmi trápí, že jsou příbuzní nespokojení i přes veškeré úsilí personálu: „...*víme, že ten klient je třeba zabezpečen výborně a přesto ta rodina nemá pocit, že bylo o toho klienta dobře postaráno. To je pro mě demotivující, že i kdybych se rozkrájela...tak přesto budeme pro ně nedostačující...Někdy mám pocit, že by nebyli spokojení nikdy, a že jediným jejich přáním je, aby klient byl o 40 let mladší a zdrav.*“ Dále se sestra D vyjádřila, že by byla ráda, kdyby byla její práce oceněna a příbuzní projevovali trochu více vděčnosti. Informant F má také své zkušenosti s rodinami nemocných, ale snaží se na situace dívat z jejich strany a do jisté míry je pochopit: „*Je to náročné. Ale když si představím, jak jsem se staral o tchána, tak se jim pak ani nedivím.*“

Vícekrát zmiňovaným negativním faktorem současné práce byl také přístup klientů samotných a jejich chování k personálu. Sestra C spatřuje problém v povaze některých klientů: „...*samozřejmě sem přijdou s nějakou povahou a ta se spíš zhoršuje...takže ty vztahy si myslím, že by mohly být lepší i ve vztahu klienti k nám.*“ Sestra A porovnávala své zkušenosti s prací na interním oddělení a svěčila se, že je i zde rozdíl v jednání klientů s personálem: „...*tak tady je to braný, že ty lidi jsou doma. Je pravda, že si i k nám trochu víc dovolí. V tý nemocnici spíš poděkují, tady jak jsou doma, tak si víc stěžují, víc to všechno prožívaj...*“

Když byli informanti dotazováni na aspekty, které je v současném zaměstnání pozitivně překvapily, uváděli nejčastěji kvalitu péče a zpětnou vazbu od klientů. Sestra A, která se svěčila, že na ní chování některých nemocných působí negativně, naopak vyzdvihuje přístup jiných a řadí ho mezi pozitivní rysy své práce: „...*spousta lidí mě má ráda...je to takový hezký, že třeba přijdou a chytanou za ruku. Nebo třeba když mám dovolenou, vrátím se a oni: „Kde jsi byla? Nebyla jsi tady tak dlouho...” Tak tohle mě těší vždycky.*“ Vztah s klienty vidí jako pozitivum i sestra B, která srovnávala s předchozím zaměstnáním v zařízení, které bylo kapacitně mnohem větší: „...*na ty lidi je čas tady a máte je pod dohledem...víte o nich, co dělají 24 hodin, a když se vás doktorka zeptá, jak ten klient dneska vypadá, tak jí to dokážete říct.*“

3.3.5 Kategorie motivace k práci

Z odpovědí informantů vyplynuly podkategorie týkající se jejich motivace k práci: **být vnímána a oceňována, tak to má vypadat, hlavně dobrý kolektiv, zabezpečit rodinu, pro peníze se to dělat nedá, tohle prostě chci**. Tyto podkategorie znázorňuje schéma č. 5.

Schéma č. 5: Kategorie motivace k práci



Zdroj: Vondrášková (2016)

Především byla zmíněna důležitost pozitivní zpětné vazby od klientů a z toho vyplývající pocit, že byla práce odvedena kvalitně. Pro sestru B jsou kladné reakce klientů známkou smysluplnosti její péče: „*Některý ty lidičky, poděkují vám nebo vás pohladí a to vidíte, že to ten smysl má.*“ Podobné dojmy má z chování některých klientů sestra A: „*...ten, kdo je tu dýl, tak už nás oslovuje jménem a jsme prostě ty jejich holky...přijdou, obejmou...prostě si říkám, že dělám tu svoji práci dobře, mám ji ráda, mám ráda je, patřím sem. Takový to uspokojení z práce.*“ Pocit, že dobře odvedl svou práci, je důležitý i pro informanta F.

Dalším prvkem souvisejícím s kvalitní péčí a motivujícím sestry je zlepšení klientova stavu. Sestra B k tomuto uvedla: „*...vidím u těch lidiček, že jdou do zařízení a tady se hroznělepší...Třeba po zlomenině krčku...když vidíte, že se ten člověk trošku rozchodí a pak si tady chodí po tý chodbě v tom chodítku, tak vás to prostě strašně těší.*“ Pro sestru A je zdrojem podobných zkušeností spíše její druhé zaměstnání v nemocnici: „*...v té nemocnici vidíte, že vám přivezou ležící a po uzdravení ty lidi odejdou třeba s chodítkem a poděkují. Tak to je to, co tu sestru naplňuje nebo alespoň mě to naplňuje...že je tam to uzdravení...*“ Sestra D považuje za důležité a motivující vědomí, že je klientům poskytována komplexní péče, a že je pro to maximálně usilováno: „*...mě přijde úžasný, že takhle se to má dělat...protože takhle ta péče o pacienta má asi vypadat. Ty lidi jsou tady zabezpečený velmi hezky, je k nim hezký přístup...Z toho důvodu bych řekla, že tady vlastně vydržím být a nemám pocit nějaké marnosti nebo nemám deprese z toho...Když bych měla pocit, že se to nedělá správně, tak by i to dělalo problém.*“

Pro všechny informanty je důležitým motivačním faktorem dobrý pracovní kolektiv. Informant F dokonce uvedl, že když je dobrý kolektiv, nemá žádný další problém. Sestra B taktéž chválila vztahy s kolegy: „...v podstatě se sem člověk těší už jenom kvůli těm holkám.“ Tento aspekt je vyzdvihován i sestrou D: „Mě se tady hrozně dobře dělá z toho důvodu, že je tady hrozně příjemný kolektiv...sestry a personál celkově si vyjdou vstříc...bez toho si to nedokážu představit.“ Sestra A se vyjádřila stejně, ale zároveň zmínila, že v poslední době pozoruje velkou fluktuaci zaměstnanců: „...bohužel se to začíná měnit, což taky není dobře...špatně to působí na ty lidi. Oni nechápou, proč ty hodný sestřičky odchází.“ Sestra C se vyjádřila v podobném smyslu: „No já si myslím, že ta fluktuace vždycky tak nebyvala. Spíš mi přijde, že je vždycky období, kdy ty lidi toho mají dost a odejdou.“

Plat se, stejně jako pracovní kolektiv, také objevoval ve výpovědích všech informantů jako důležitý prvek přispívající k dobré pracovní motivaci. Podle sestry C jsou peníze v tuto chvíli na prvním místě: „Teď momentálně jsou to samozřejmě ty peníze, protože mám ještě dvě nedospělé děti, který musím živit a hypotéku...takže peníze jsou velká motivace...“ Sestra E uvedla, že je pro ní taktéž klíčový jistý příjem. Pro sestru D je plat sice důležitý, ale nestojí v popředí jejího zájmu: „Tak samozřejmě finanční otázka není od věci, ale na druhé straně si nemyslím, že je to jenom tato motivace...Já jsem ani nikdy nezjišťovala, jestli mají všude stejně nebo tak, takže to asi není úplně nejhlavnější motivací.“ Výpověď sestry A je velmi podobná předešlé: „Tak samozřejmě mám ráda, když mám zapláceno...ale zase chodit do práce jenom pro peníze a nemít k té práci žádný vztah, to bych asi nedokázala. Je dobře, že ty peníze jsou, ale ten kolektiv a lidi jsou pro mě prvořadý a peníze potom.“ Informant F se pak vyjádřil vyloženě negativně o penězích jako hlavním motivátoru některých sester: „Když přijde někdo takový...i když chápu, že potřebuje peníze, ale nedokáže se překonat a pochopit, o čem ta práce je. To mi prostě nedělá dobře.“

Většina informantů vidí jako velkou motivaci samotnou náplň práce – především kontakt s lidmi a péči o ně. Sestra A se vyjádřila: „Já mám ráda lidi, jsem ráda mezi lidma a tohle je přesně to, co chci.“ Pro sestru B je zaměstnání velmi podstatnou součástí života a dodává: „...podle mě vás ta práce musí bavit, aby to v tom životě mělo nějaký smysl. Takže mě ta práce baví s těmahle lidma a dokud mě bavit bude, tak to bude dobrý.“ Sestra D rovněž označila svou práci jako naplňující. Informant F pomáhání zasvětil celý svůj život a toto zaměstnání je pro něj tudíž posláním a nezbytnou potřebou.

3.3.6 Kategorie vliv práce na psychiku

V rámci kategorie shrnující vliv zaměstnání na psychiku informantů vznikly následující podkategorie: **patří to k té nemoci, nelze se nevázat, už pro ně dál nic není, takový je život, přes to nejdu, postarat se hlavně o sebe.** Vytvořené podkategorie shrnuje schéma č. 6.

Schéma č. 6: Kategorie vliv práce na psychiku



Zdroj: Vondrášková (2016)

Jedním z faktorů působícím na psychiku informantů je, dle jejich slov, problémové chování klientů. Sestra B uvedla: „...ta agresivita třeba u těch lidí. Na to si člověk zvyká dlouho, ale v podstatě to patří k tý nemoci...u těch lidí je to strašně neočekávaný...hlavně jsou některý hrozně impulzivní a to je těžký.“ Chování nemocných související se syndromem demence je náročné i pro sestru D: „Já nejhůř zvládám, když je někdo hodně naléhavý...protože to vlastně nemá řešení. Nemůžete pomoci, protože tam není žádná pomoc...bude za vámi chodit furt a bude vyhledávat. Tak to bych řekla, že je pro mě nejtěžší.“

Dalším jevem, který je pro informanty hůře zvládnutelný, je fixace na klienta. Informant F se s tímto problémem vyrovnává prostřednictvím své víry: „Já říkám, že my jim dáváme hodně a oni nám taky.“ Sestra A tvrdí, že se navázání vztahu s nemocným někdy neubrání: „...jak jsou tu ty lidi dlouho, tak k někomu, ač byste neměla, si vytvoříte vztah...Ale ono to nejde, když jsou tu ty lidi tak dlouho...a oni i k vám se připoutají, takže je to takový na tu psychiku horší...“ Sestra D si také uvědomuje, že se přilnutí k některým klientům nevyhne a považuje to za nezbytnou součást své práce: „...ano, budete mít někoho raději, i když si to nepřipustíte, než toho druhého...A myslím si, že by bylo nemožný to nemít. Nedovedu si to představit...“ Sestra B srovnává vztahy s klienty v současném a předchozím zaměstnání: „Někdy jsou ty lidi tak strašně hodný a opravdu si k nim tu vazbu uděláte. Ale tím, jak je to tady na krátkou dobu, tak je to dobrý. Ale tam v tom zařízení, tam jo...tam ta fixace byla...“

Informanti také hodně hovořili o umírání a jeho vlivu na svou psychiku. Sestra E se se smrtí klientů velmi těžce smířovala na začátku svého působení v zařízení: „...ted' už člověk ví, že pro ty lidi už dál nic není, takže se s tím musí smířit...“ Sestra A si i z tohoto důvodu zvolila další práci v nemocnici: „Jsem ráda, že chodím do té nemocnice, protože tady je to bohužel jenom o té smrti a umírání...když vám během měsíce umřou tři nebo čtyři, tak to taky na psychiku nepůsobí dobře.“ Sestra A dále odpovídala na otázku, zda si myslí, že je

tato práce nevhodná pro mladého člověka: „*Já si myslím, že naopak...mladý člověk vnímá tu smrt líp než my, co jsme tomu, jak se říká blíž...když je člověk mladý, tak si tu smrt ani nepřipouští.*“ Pro sestru E je problematické odesílat umírající klienty do nemocnice: „*...říkám si, že když umřou tady, tak to berou tak, že umřou doma...v tom špitále je to takový anonymní.*“ Někteří informanti už mají po letech praxe ke smrti trochu odlišný postoj a spíš se zaměřují na to, aby klienta v těžké chvíli podpořili. Sestra D vzpomínala na úmrtí klientky, ke které měla hodně blízko: „*Já jsem z toho měla strach a zrovna ta klientka zemřela mě a já jsem měla z toho vlastně dobrý pocit v závěru...že jsem ji jakoby vyprovodila, a že se mi to zdálo správný.*“ Sestra A uvedla, že má dokonce i svůj rituál, který provádí, když zemře klient: „*Jsem zvyklá udělat mu křížek na čele, což je takový moje rozloučení s nima.*“ Informant E dodal: „*Už u kolika úmrtí jsem byl a беру to jako přirozeno. Prostě tak to má být, takový je život.*“

V souvislosti s fixací na klienty, jejich umíráním a celkovou náročností práce byla některými informanty zmíněna snaha o vytvoření jakési bariéry, která je chrání před vyhořením. Sestra C na otázku, zda se jí stává, že by se upínala na klienty, odpověděla: „*No, to je právě to, co člověk nesmí, protože to by ho citově úplně vycucali. Po těch letech už vím, že ta hranice tam musí být, že toho člověka nemůžete úplně připustit, protože přijdou další a další a to by fakt člověk nezvládnul.*“ Sestra A se naučila nepřekračovat určité hranice v průběhu své praxe: „*Když jsem sem nastupovala, tak jsem byla podstatně mladší a taky jsem si myslela, že pomůžu všem. Ale pak zjistíte, že to nejde, že si musíte udělat takovou tu zeď, přes kterou se prostě nedá jít...Akorát docházelo k tomu, že mě to psychicky strašně vyčerpávalo...řeknete si dost, tady je zeď a přes to nejdu...*“

Informanti byli dále dotazováni na své zkušenosti se syndromem vyhoření. Sestry B a E uvedly, že se jim prozatím syndrom vyhoření vyhýbá. Pro sestru C to byl důvod k dočasné změně zaměstnání: „*...potřebovala jsem změnu...člověk to na sobě cítil...snažil se nevnímat ty jejich stesky a nářky a bolesti...házíte to za hlavu a ta práce vás už ani nebaví.*“ Sestra D si není jistá, jestli prožila přímo syndrom vyhoření, ale přiznává, že se s podobnými pocity potýká, když je unavená a nemá dostatek času na sebe a svou rodinu. Informant F občas zažívá pocity marnosti, ale naštěstí velmi rychle odeznívají. Zkušenost sestry A je velmi podobná jako u sestry C a situaci řešila s vedením: „*Šla jsem za vrchní, že jsem bohužel cítila na sobě, že mi ty lidi vadí...bylo to v době, kdy jsem měla asi pět mrtvých...prostě jsme si o tom popovídaly a ona mi řekla, že jsem vyhořelá a musím mít volno...dala mi tři dny volna, mě to strašně pomohlo...a zas to bylo dobrý...*“

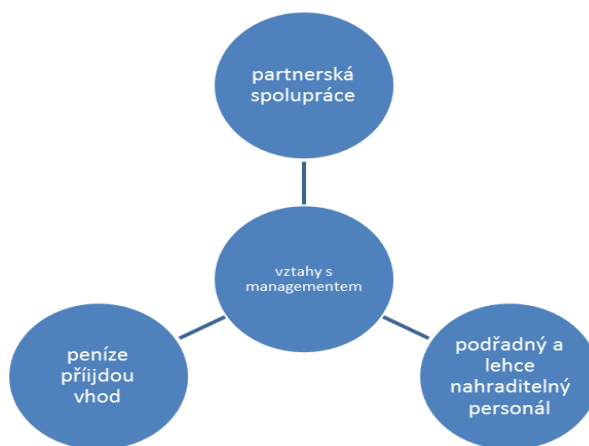
Způsob, jakým sestra A řešila svůj problém, je jednou z možností psychohygieny, což je další aspekt zmiňovaný všemi informanty. Sestra B to vidí podobně: „*Člověk si potřebuje tři, čtyři dny odpočinout a pak vrátit zpátky a je to lepší.*“ Pro sestru C je odpoutání se od pracovních problémů složitější: „*...vlastně si nesete práci domů. Máte plnou hlavu starostí a nedokážete vypnout. Člověk to tahá domů a tam řeší neřešitelný...*“ Informant F si je významu psychohygieny vědom a velmi na ní dbá: „*...kdo se chce starat o jiné, musí se starat o sebe. Takže já když už někdy cítím, že jsem unavenej, tak kdyby mě nevim, kdo*

volal, já si najdu čas na relaxaci, na ten odpočinek.“ Konkrétní způsob odpočinku uvádí sestra B: „Potřebuju přijít domů a nemůže na mě nikdo mluvit, že si potřebuju udělat ten klid, tu duševní pohodu.“ Pro sestru D je taktéž důležitá chvíle klidu a samoty: „Většinou, když odejdu, tak se věnuju něčemu jinému...sport, jdu pěšky, jezdím na kole...to mi pomáhá. Že potřebuju tu chvíli pro sebe...nekomunikační, kdy se z toho vychodím nebo tak.,,

3.3.7 Kategorie vztahy s managementem

Odpovědi týkající se managementu byly rozděleny do podkategorií: **partnerská spolupráce, podřadný a lehce nahraditelný personál, peníze přijdou vhod.** Podkategorie jsou přehledně shrnuty ve schématu č. 7.

Schéma č. 7: Kategorie vztahy s managementem



Zdroj: Vondrášková (2016)

Zásadně se odpovědi rozcházejí podle toho, v jakém zařízení informanti pracují. Pozitivně se o vedení vyjádřily sestry B a D a informant F.

Konkrétně se výpovědi týkaly například zájmu, který vedení projevuje vůči zaměstnancům. Informant F tento aspekt hodnotí velmi kladně: „Oni nám vycházejí vstříc. Prostě mají dokonce zájem, když nám něco je...po zdravotní i rodinný stránce.“ Podobně reagovala na otázku sestra B: „...rozhodně jsou na nás hodný. Snaží se nám vyjít vstříc i třeba se službama...udělají volno, máme hodně dovolený.“ Zbývající sestry vidí situaci zcela opačně. Sestra A pozoruje problém od doby, kdy nastala ve vedení změna: „...od bývalé vrchní jsme byly zvyklé, že přišla a ptala se, jak se máme...bohužel současná vrchní nás jen úkoluje...Já si myslela, že budeme nějak spolupracovat, ale bohužel jsme jen podřadný personál.“ Sestra C má také pocit, že managementu na konkrétních podřízených příliš nezáleží a jsou pro něj lehce nahraditelní: „...prostě podepíšu výpověď a přijdou další...“

Sestry považují za důležité také snahy vedení v otázce utužování kolektivu. Sestra D toto považuje za naprosto klíčové pro své setrvání v zaměstnání: „Scházíme se dohromady. A řekla bych, že to je něco, co je výjimečné. A myslím si, že je to hlavní důvod, proč

neuvažuju o jakémkoliv odchodu.“ Informant F předešlý výrok potvrzuje a dodává, že ho mrzí nedostatek času: „*Dneska není na nikoho čas. Někdy abychom se párkrát sešli tak nenuceně všichni...a takhle si v klidu popovídali...ale snažíme se o to, když jsme tady.*“

Sestra C se k problematice vlivu managementu na kolektiv vyjádřila následovně: „*Já bych řekla, že vedení je spíš rádo, když se tady trošku neshodneme...já si teda myslím, že kdyby ten kolektiv byl dobrý, že by ty lidi setrvali i kvůli tomu. Ale mě přijde, že oni to chtějí spíš naopak.*“ Sestra A vzpomínala, jak se kolektiv utužoval za předešlého vedení: „*Já jsem zažila, že jsme jezdili na výlety...taky to bylo o něčem jiném, protože jsme se mohli líp poznat...dneska to všechno upadá.*“

Dále byli informanti dotazováni na to, zda jim vedení poskytuje zpětnou vazbu a řeší případné problémy na pracovišti. Informant F opět uvedl, že si nemůže stěžovat: „*To ano, když je problém, tak někdy ani nemusíme říkat a paní doktorka se podívá a řekne...třeba minule tu bylo děvče, kterému bylo špatně, a tak hned volala a zařídila výměnu...*“ Podle sestry B se jakýkoliv problém vždy vyřeší a ze strany managementu vidí stoprocentní snahu. Sestra D nespatřuje v tomto ohledu žádná negativa a je se vším spokojená. Sestra C naopak tvrdí: „*...nikdo neřeší, když si stěžujeme. Vždycky to spíš nějak vyšumí.*“ Pro sestru A je nedostatečná zpětná vazba potencionálním důvodem k odchodu: „*Mám tu práci tady ráda, ale říkám, že pokud odejdu, bude to jenom kvůli tomu, že oni nejsou schopný dodržet něco, co slíbili.*“ Sestra E má na věc podobný pohled: „*Nechtějí slyšet problémy, nechtějí slyšet, když se něco děje. Pak zase se to vyostří do sporů, kdy teda nadávají, proč jsme nic neřekli...Není moc zpětná vazba.*“

Diskutovaným motivátorem a jeho využitím managementem zařízení byla finanční odměna. Pro informanta F nejsou peníze příliš důležité, co se týká motivace k práci. Sestra B se k platu vyjadřuje takto: „*Rozhodně jsou na nás hodný. Někdy se to objeví i na pásce.*“ Sestra D by si přála víc peněz, ale uvědomuje si, že chyba není v konkrétním zařízení, ale v problematice výše platu zdravotníků: „*Chtěla bych víc peněz. Ale to není otázka našeho vedení, ale to je celková situace.*“ Pro sestru C je aktuální výše odměn nedostatečná: „*Tak já nevím, jestli je dostatečný benefit za roční práci 1000 korun odměny To myslím, že není moc motivující zrovna.*“

O jiných benefitech se zmínila jen sestra A mající zkušenost z doby, kdy v zařízení působilo jiné vedení: „*...bývalá vrchní nám třeba domlouvala různé masáže nebo jsme si chodili sednout...*“

3.3.8 Kategorie budoucnost v zařízení

Všichni informanti byli dotazováni, zda chtějí na současném místě setrvat a na změny, které by si přáli učinit. Z odpovědí vyplynulo několik podkategorií: **myšlenky na odchod, zatím není důvod, dokud ještě přeskakuju kaluže, dát jim to, co potřebují, zlikvidovat papíry.** Podkategorie shrnuje schéma č. 8.

Schéma č. 8: Kategorie budoucnost v zařízení



Zdroj: Vondrášková (2016)

Sestra A již několikrát zmínila, že uvažuje o odchodu ze zařízení: „...ne z důvodu, že bych byla nespokojená ohledně těch lidí, ale strašný papírování a já to moc nezvládám...Zatím o tom spíš přemýšlím...ale bráním se tomu, protože to tady mám opravdu ráda.“ Sestra C chce, dle svých slov, prozatím zůstat, ale čas od času potřebuje odpočinek. Sestry D a B myšlenka na odchod ještě nikdy nenapadla. Informant F zaměstnání opustit nechce, ale z důvodu věku bude brzy muset: „...já už dělám šest roků po důchodu...Ale dokud to jde a dokud ještě přeskakuju kaluže, tak ještě ne.“ Sestra E se svěřila, že se v poslední době množí negativa, která jí práci znesnadňují, ale zatím nemá v plánu cokoli měnit.

Změny, které by informanti zavedli, kdyby k tomu měli příležitost a pravomoc, se nejčastěji týkaly péče o klienty. Většina informantů pomýšlela primárně právě na klienty a až poté na své potřeby.

Konkrétně o prostředí pro nemocné se zmínily sestry D, B a informant F. Sestra D se zaměřila ve svých úvahách na pobyt na čerstvém vzduchu: „Mě by se hrozně líbilo, kdyby tady mohla být terasa, protože my můžeme chodit ven, ale to je poměrně náročné.“ Podle sestry B je problém s kapacitou zařízení: „Tady bych rozhodně přestavěla celou budovu a udělala bych to o trošičku větší. Aby měli prostě šanci dát sem víc těch lidí.“ Informant F má konkrétní vizi, podle které by vystavěl podobné zařízení: „...mělo by to být do půlkruhu, tady by měly být místnosti, na druhou stranu terasu, pak velká místnost, ve které by jedli a měli ergoterapii a tady by byla sesterna s výhledem na vše...a ty lidi by byli spokojení.“

Sestry A a E zdůraznily, že by bylo dobré zajistit více pomůcek a materiálu. Sestra E si postěžovala: „...to je tady problém, protože všechno se musí kupovat...aby člověk nemusel pracně přemýšlet, jestli zdělá dvě stříkačky nebo tři...“ Sestra A má podobné přání a zmínila potřebu polohovacích pomůcek: „...chtěla bych pomůcky pro ty lidi, abychom mohli polohovat, abychom jim mohli dát takovou péči, jakou potřebují...i trošku víc těch antidekubitních matrací...tohle by pomohlo hlavně těm lidem, aby se nám neproleželi...“

Pro sebe by si sestry B a D přály vyšší plat. Sestry A, C a E by uvítaly, kdyby se zredukovalo množství administrativní práce. Sestra C uvedla: „*No hlavně bych zlikvidovala všechny papíry...protože to mi prostě přijde ulítlý honit se za penězma od pojišťovny...*“ Sestra E jednoduše podotkla: „*...ta administrativa kdyby byla jednodušší, tak by to bylo trošku lepší.*“ Pro sestru A je administrativa velkou zátěží a změnu by též uvítala: „*...určitě tu administrativu. Spoustu věcí jsme začali dělat nově...já se tomu nebráním, ale nerozumím...když budete dělat práci, které nerozumíte, tak se jí budete bát. A trnout hrůzou, jestli něco nezkazím...je to strašně na psychiku náročný.*“

4 Diskuse

Hlavní výzkumnou otázkou byla zjišťována motivace informantů k výběru současného zaměstnání, jehož náplní je péče o klienty trpící demencí. Z analýzy vytvořených kategorií a podkategorií vyplývá, že největší motiv pro volbu pracovního místa, je touha pomáhat a pečovat o nemocné. Podle frekvence, se kterou se tento faktor ve výsledcích objevoval, lze usoudit, že se jedná o velmi silný motivátor. Touha pomáhat figurovala jako důležitý aspekt přispívající k pracovní motivaci i ve výzkumu, který popisuje Bártlová (2006, pp. 166-167), a který byl proveden prostřednictvím rozhovorů s mnohonásobně vyšším počtem informantů (n=1040). Zacharová (2010, p. 311) ve výsledcích dotazníkového šetření taktéž uvádí ochotu pomáhat jako zásadní motivační faktor uvedený 67 % dotázaných sester (n=300). Vzhledem k tomu, že povolání sestry spadá do oblasti pomáhajících profesí, jsou výše uvedené výsledky očekávatelné. Dle mého názoru by se určitá starost o druhé mohla (a zřejmě i měla) vyskytovat u každé sestry účastnící se přímé péče o nemocné. Z výsledků mého výzkumu je zřejmé, že orientace na péči o člověka koresponduje s charakterovými vlastnostmi informantů a u některých úzce souvisí i s volbou samotné profese všeobecné sestry.

Touhu pomáhat lze zařadit mezi vnitřní motivátory. Mezi tuto skupinu faktorů ovlivňujících volbu stávajícího povolání informantů spadá také další aspekt práce – kontakt s lidmi. Pro sestry je důležitá komunikace s klienty, a tudíž je pro ně její nedostatek frustrující a stává se i důvodem ke změně zaměstnání. Práce s pacienty se objevila i ve výčtu motivačních faktorů sester (n=3081) účastnících se výzkumu realizovaného pracovníky Univerzity Palackého v Plzni (Vévoda et al., 2010, p. 145). Potřeba interakce s lidmi a konkrétně s klienty opět úzce souvisí s touhou pomáhat a s celkovým zaměřením oslovených informantů.

Další pohnutky vedoucí sestry k volbě současného pracovního místa lze zařadit mezi vnější motivátory. Nejčastěji se ve výsledcích objevovala potřeba zaměstnání a zohlednění jeho vzdálenosti od bydliště. Z analýzy vytvořených kategorií vyplývá, že se vliv těchto faktorů v průběhu dosavadní praxe různě měnil v závislosti na aktuální rodinné situaci (mateřská dovolená, rozvod). Dalo by se tedy říct, že volba pracovního místa u sester – žen je velmi ovlivněna jejich rolí matky a manželky. Ze stejných důvodů také informantky, které mají děti, pracovaly několik let mimo obor v oblasti umožňující flexibilnější pracovní dobu. Potřeba zaměstnání a hlavně jeho jistota byla figurujícím motivačním faktorem i ve výsledcích, již zmiňované, studie pracovníků Univerzity Palackého v Plzni (Vévoda et al., 2010, p. 145). Z jejich výzkumu však zároveň vyplynulo, že je tato potřeba, z pohledu sester, velmi málo saturovaná. U informantů pracujících v zařízeních pro pacienty s ACH je naopak faktor jistoty pracovního místa saturován uspokojivě. Tento rozdíl ve výsledcích by mohl být způsoben například nepoměrem ve velikosti vzorku informantů nebo skutečností, že se uvedeného výzkumu zúčastnily sestry pracující na lůžkových odděleních nemocnic, což je v mnoha ohledech odlišné prostředí.

Dalším zkoumaným aspektem a jeho vlivem na volbu současného pracovního místa, byla zkušenost s péčí o člověka trpícího syndromem demence. Výsledky analýzy dat svědčí ve prospěch závěru, že přestože většina informantů s takto nemocnými jistě zkušenosti má, motivací k volbě zaměstnání pro ně tento faktor nebyl. Nicméně, informanti díky znalostem získaným v rámci předchozí praxe či v rámci péče o člena rodiny, před nástupem do zařízení věděli, jakou podobu bude mít jejich pracovní náplň. Nebyli tedy zaskočení či překvapeni specifiky péče o klienty s demencí a rozdíl mezi očekáváním a realitou pro ně nebyl frustrující. I když tedy nelze uvést, že by zkušenost s lidmi trpícími Alzheimerovou chorobou přímo posílila motivaci informantů k volbě aktuálního pracovního místa, zřejmě u některých alespoň v určité míře zabránila demotivaci.

Z výsledků výzkumu motivačních a demotivačních faktorů v současném zaměstnání vyplynulo, že je pro sestry nejdůležitější kvalita péče o klienty, ocenění péče (zpětná vazba) a možnost práce s lidmi. Tyto aspekty zřejmě souvisí s výše probíranou problematikou pomáhání a pečování. Dá se očekávat, že sestra, pro kterou je důležitá péče o druhé, bude považovat jmenované faktory za klíčové. Vévoda et al. (2013, p. 24) je shrnuje do jednoho a nazývá ho faktor práce samotné. Pro sestry je tedy zásadní jejich profesionální role a k jejímu naplnění potřebují mít pocit kvalitně odvedené práce, což je v tomto případě péče o potřeby klienta. V této souvislosti byla také zmíněna potřeba dostatečného množství pomůcek, materiálu, prostoru a dalších věcí, které jsou k zajištění kvalitní péče nezbytné. V případě prostorového uspořádání zařízení by se dalo hovořit o jistém paradoxu – sestry by na jednu stranu chtěly navýšit kapacitu oddělení, ale nižší počet klientů jim umožňuje poskytovat lepší péči.

Dále je, dle výsledků mého výzkumu, významným motivačním faktorem dobrý a stálý pracovní kolektiv. Vztah s kolegy je pro sestry hlavním důvodem k setrvání v zaměstnání. Podobné závěry učinila ve své studii i Bártlová (2006, pp. 166-167), podle níž dotazované sestry také uváděly dobré vztahy na pracovišti mezi nejdůležitějšími faktory pracovní spokojenosti. V mé studii byly výsledky velmi ovlivněny konkrétním zařízením, které informanty zaměstnává – proto se zde objevuje spokojenost s pracovním kolektivem, ale i problém s velkou nestálostí a neustálými obměnami personálu, které ve výsledku nepůsobí dobře na sestry ani na klienty. Tato tvrzení vyplývají i z výzkumu, zabývajícím se souvislostí motivace a syndromu vyhoření (Ježorská et al., 2014, p. 14), který prokázal, že špatné vztahy na pracovišti mají velmi negativní vliv na psychiku sester. Dále se ve výsledcích mé studie objevily pozitivní zmínky o interakci sester a zástupců dalších zdravotnických profesí. Na vztahy mezi zástupci konkrétních zdravotnických profesí se zaměřila studie organizovaná Americkou asociací sester (Cockey, 2005, p. 213), podle níž jsou sestry (n=76 000) nejvíce spokojené se vztahy s dalšími sestrami, poté následují vztahy s lékaři a s managementem. Výsledky všech tří uvedených výzkumů tedy korespondují se závěry, které lze vyvodit i z výzkumu mého.

Plat se v průběhu mého šetření neprojevil jako klíčový motivátor a jeho přítomnost ve výčtu motivačních faktorů byla opět spjata s potřebou živit rodinu. Podobné výsledky

uvádí Zacharová (2010, p. 311), podle které je finanční odměna motivací pouze pro 5 % sester (n=300). Zcela opačně vyznívá výstup z opakovaně zmíněné studie pracovníků Univerzity Palackého (Vévoda et al., 2010, p. 145). Mzda je dotázanými sestrami zařazena mezi nejdůležitější aspekty práce a zároveň je vyjádřena velká nespokojenost s její výší. Na nízký plat si stěžovaly i sestry, které se zúčastnily studie uváděné Zacharovou (2010, p. 311). Podle Balkové a Zibrinové (2012, p. 29-30) je právě neodpovídající plat nejčastější příčinou úvah o změně zaměstnání. Ve výsledcích mého výzkumu se takto výrazný problém s finančním ohodnocením neobjevil. Někteří informanti se pouze zmínili o celkovém podhodnocení zdravotníků, ale v souvislosti s konkrétním zařízením v tomto ohledu nevyjádřili nespokojenost. Zároveň nebyla výše mzdy uvedena jako faktor přispívající k úmyslu opustit zařízení. Pro tento rozpor ve výsledcích nacházím několik důvodů. Jedním z nich bude zřejmě malý počet informantů neposkytující dostatečnou reprezentativnost získaných dat. V tomto ohledu také nejspíš zkresluje výsledek fakt, že informanti pocházejí pouze ze dvou zařízení a je možné, že zrovna zde je potřeba financí uspokojivě saturována. Nicméně, všichni dotazovaní uvedli jako hlavní motivaci k práci potřebu pečovat o druhé a v několika výpovědích zaznělo, že se tato práce nedá dlouhodobě dělat pro peníze. Právě to bych považovala za hlavní příčinu rozdílu mezi výsledky tohoto a jiných uvedených výzkumů. Tento závěr koresponduje například i se zjištěními Němcové (2014, p. 48), která se ve své práci zabývala obdobným tématem (Motivace sester pro výkon povolání v hospici) a taktéž neuvádí plat mezi dominujícími motivačními faktory. Podle Zítkové et al. (2015, p. 108) je odměňování spíše stimulací než motivací a taková stimulace po čase ztrácí účinnost. V prostředí výrazně zaměřeném na pomoc lidem (jakým alzheimercentra bezesporu jsou) má tato stimulace zřejmě ještě menší efekt.

Mezi demotivačními faktory figurovalo ve výsledcích velké množství administrativní práce ubírající sestrám čas, který by raději věnovaly klientům. Dle informantů, počet administrativních úkonů stále narůstá a někteří mají problém s jejich pochopením. Neznalost následně vyvolává obavy z chyb, které mohou znamenat finanční ztráty a postih. Z výsledků výzkumu lze vyvodit, že sestry tráví papírováním příliš mnoho času na úkor péče o nemocné. Tento jev je pro ně velmi frustrující, protože je tak nedostatečně saturována jejich potřeba kontaktu s klienty. Velké množství dokumentace bylo uvedeno mezi negativními faktory pracovního prostředí i 50 % respondentů (n=168) participujících na dotazníkovém šetření Balkové a Zibrinové (2012, p. 30). Podobné výsledky vyplývají i z výše zmíněné studie autorky Bártlové (2006, p. 167). Dalším aspektem práce, který přispívá k demotivaci a přímo souvisí s problematikou klientů trpících demencí, je sestrami popisované problémové chování. Pro sestry je často velmi obtížné potýkat se s naléhavostí, agresivitou či jinými změnami nálad nemocných. Je třeba uvést, že zmíněné projevy mohou být příznaky zhoršujícího se zdravotního stavu klientů, souvisejícího s progresí Alzheimerovy choroby a často mohou být vyvolávány i nesprávnou komunikací ze strany personálu. Něktěm dotázaným v tomto ohledu velmi pomáhá vlastní schopnost empatie,

díky které se dokáží do klienta vcítit, jiní zase těží ze svých zkušeností s péčí o stejně nemocného člena rodiny. Každý si tedy najde vlastní způsob, jak tyto náročné situace zvládat. Ježková (2015, p. 55) ve své práci věnující se problematice Alzheimerovy choroby v prostředí jednotky intenzivní péče uvádí, že se sestry snaží problémové chování klientů zvládat s nadhledem a nebrat si ho osobně, ale ne vždy se jim to podaří. V souvislosti s péčí o klienty vyplynul ze stanovených kategorií další negativní aspekt působící na informanty demotivačně – zásahy rodinných příslušníků do jejich práce. Interakce s rodinami klientů se objevila mezi demotivujícími faktory i v práci Němcové (2014, p. 53), která se zabývá motivací sester v prostředí hospiců, které je do určité míry srovnatelné se zařízením poskytujícím péči o osoby trpící demencí. Informanti podílející se na obou výzkumech pokládají intervence příbuzných za velmi rušivý element, který jim často stěžuje práci. Sestry také těžce nesou nedostatečné ocenění jejich práce blízkými klientů.

Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na zmapování metod, kterými management zařízení udržuje motivovanost sester pro výkon profese. Problematika byla zkoumána z pohledu sester, proto je výsledek velmi subjektivní. Nicméně, opět se ve výsledcích výzkumu projevil zásadní rozdíl mezi dvěma zahrnutými zařízeními. Informanti pracující v jednom zařízení popisují snahy managementu velmi uspokojivě – nebyly sice zmíněny žádné benefity či výraznější finanční odměny, ale sestry kladně hodnotí vliv vedení na soudržnost pracovního kolektivu a taktéž uvedly, že jim je poskytována zpětná vazba při řešení jakýchkoliv problémů a je o ně projevován aktivní zájem. Tím vlastně management saturuje jedny z hlavních potřeb informantů. V druhém zařízení byla situace sestrami popsána zcela opačně. Zásadní posun k horšímu nastal, dle vyjádření všech dotazovaných, se změnou ve vedení a od té doby sestry nezaznamenaly větší snahu o jakoukoliv motivaci podřízených. Naopak uvedly, že jsou vedením pouze úkolovány, není jim poskytována zpětná vazba, problémy se přehlíží a celkově není projevován žádný zájem o konkrétní zaměstnance. Ani v tomto zařízení se informanti nezmínili o žádných benefitech či finančních odměnách, které by jim svou výší připadaly motivující.

Lze tedy shrnout, že je většina informantů velmi silně zaměřena na pomoc lidem a péči o ně, z čehož také vychází podstatná část jejich motivace k práci. Pro porovnání byly uvedeny jiné studie pracovní motivace sester, jejichž výsledky se v mnohém shodují s výsledky tohoto výzkumu, ale je zde možné najít několik zásadních odlišností. Nejvýraznější z nich byly diskutovány u jednotlivých motivačních faktorů spolu s pravděpodobnými důvody těchto rozdílností. Větší shoda se objevovala mezi výzkumy kvalitativními a realizovanými v podobném prostředí. Všeobecně mohou být rozpory ve výsledcích způsobené limity této studie. Hlavním limitem je fakt, že do výzkumu bylo zahrnuto pouze šest informantů – s ohledem na tuto skutečnost a vzhledem k charakteru výzkumného (kvalitativního) designu nemůže být vzorek informantů považován za reprezentativní. Kvalitativní výzkumné šetření bylo zvoleno především s ohledem na danou tematiku, která se zabývá převážně psychologickými aspekty práce. Myslím si, že by nebylo vhodné tuto problematiku zkoumat například prostřednictvím dotazníkového

šetření, protože odpovědi na otázky motivace jsou značně individuální a nabízené možnosti by nemusely pokrýt všechny myšlenkové pochody informantů. Výhodou použití kvantitativní metody by však mohla být větší reprezentativnost výzkumného vzorku, protože by bylo možné oslovit vyšší počet sester, což metoda založená na realizaci individuálních rozhovorů neumožňuje. Možná ještě zásadnější vliv na zkreslení výsledků má to, že jsou do výzkumu zařazena jen dvě zařízení poskytující péči o klienty trpící demencí. Dále je možné, že sestry nejsou tak sdílné, když hovoří s cizí osobou a jejich výpovědi jsou nahrávány na diktafon. Jistou roli může hrát i obava z úniku informací a následných problémů v práci (především u odpovědí na otázky týkajících se managementu).

5 Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zmapování motivace dotazovaných sester k volbě povolání v zařízení, které poskytuje péči klientům s diagnózou Alzheimerova choroby. Pro většinu pracovníků byla největší motivací touha pomáhat a pečovat. Z tohoto důvodu vyhledávali práci s lidmi, která se zaměřuje hlavně na přímou péči. K tomuto vnitřnímu motivačnímu faktoru se přidaly ještě mnohé faktory vnější - například blízkost bydliště, finanční zabezpečení rodiny nebo práce na směny v jiném než nemocničním prostředí. Pro všechny ale volba tohoto pracovního místa nebyla záměrná – jistou roli hrála i náhoda, která však sestry přivedla ke smysluplnému a naplňujícímu zaměstnání. O dobré motivaci k výběru současného pracovního místa svědčí i fakt, že by se téměř všichni informanti rozhodli pro nástup do zařízení i dnes. Motivy, které je k této volbě vedly, vesměs korespondují s jejich charakterovými vlastnostmi.

Dílčím cílem bylo prozkoumat, jak sestry ovlivnila při volbě současného pracovního místa jejich zkušenost s lidmi trpícími demencí. Z výsledků šetření vyplývá, že má většina informantů zkušenost z minulosti s péčí o takto nemocného rodinného příslušníka či klienta. Lze však shrnout, že i když setkání s touto chorobou nepůsobilo na informanty motivačně, neodradilo je od nástupu do zařízení. Naopak jim získané zkušenosti pomohly v nelehkých začátcích.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda chtějí oslovené sestry na současném pracovním místě setrvat a co je k tomuto rozhodnutí motivuje. Na základě stanovených kategorií je možné konstatovat, že má většina informantů v úmyslu v zařízení setrvat. Motivací k takovému rozhodnutí je pro ně především dobrý pracovní kolektiv, pracovní náplň a uspokojení vycházející z pozitivní zpětné vazby poskytované klienty. Velký význam má pro sestry pocit, že má jejich práce smysl, a že svou péčí pomáhají ke zlepšení či udržení stavu klientů. Z výsledků však také vyplývá, že by se významné navýšení množství administrativní práce mohlo do budoucna stát příčinou odchodu některých sester.

Posledním cílem bylo zmapovat, jak management přispívá k udržení motivovanosti sester. Strategie stimulace zaměstnanců prostřednictvím benefitů není využívána ani v jednom zařízení. Obě pracoviště se však snaží zaměstnance motivovat pomocí finančních odměn.

V průběhu výzkumného šetření bylo zjištěno, že pro většinu informantů nejsou peníze na prvním místě. Mnohem více vyzdvihovali pozitivní přístup vedení k podřízeným, vstřícnost, poskytování zpětné vazby, snahu o řešení problémů a projevy zájmu o zaměstnance.

Lze tedy konstatovat, že byly splněny všechny stanovené výzkumné cíle a zodpovězeny výzkumné otázky. Výstupem tohoto výzkumu je soubor doporučení určený managementu podobných zařízení. Tato doporučení mohou sloužit ke zvýšení motivace zaměstnanců vedoucí k jejich spokojenosti a následně i ke kvalitnímu pracovnímu výkonu. Jsou uvedena v příloze č. 6.

Jelikož je pracovní motivace naprosto zásadní pro spokojenost v zaměstnání, měla by být vedením udržována a podporována. V případě sester je tento aspekt velmi důležitý, protože má vliv na kvalitu péče, kterou poskytují klientům. Proto bych byla ráda, kdyby tato práce pomohla jak sestrám vykonávajícím nelehkou práci, tak vedoucím pracovníkům, kteří mohou sestrám svým přístupem velmi ulehčit.

6 Seznam použité literatury:

- 1) Alzheimer's Disease International. (2015). Dementia statistics [online]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/statistics>
- 2) Balková, H., & Zibrinová, M. (2012). Motivace sester na pracovišti. *Sestra* 22 (6), 29-30.
- 3) Bártlová, S. (2006). Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice: Job satisfaction of nurses in the Czech Republic. *Zdravotnictví v České republice*, 9 (4), 166-169.
- 4) Bodur, S., & İnfal, S. (2015). Nurses' working motivation sources and related factors: A questionnaire survey. *International Journal of Human Sciences*, 12 (1), 70-79. doi: 10.14687/ijhs.v12i1.2793
- 5) Cockey, C. D. (2005). Nurses survey probes job satisfaction. *Lifelines*, 9 (3), 213. doi: 10.1111/j.1552-6356.2005.tb00813.x
- 6) Dlugošová, A., & Tkáčová, L. (2011). Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*, 21(9), 22-24.
- 7) Franková, V., et al. (2011). *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta.
- 8) Hájková, L., Janečková, H., Hýblová, P., Hradcová, D., Mátlová, M., & Susová, M. (2013). Certifikace Vážka – zkušenosti a reflexe. *Geriatric a gerontologie*, 2 (3), 101-104.
- 9) Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman B. B. (2003). *The motivation to work*. New Jersey: Transaction Publishers.
- 10) Holmerová, I., Baláčková, N., Baumanová, M. et al. (2013). Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*, 2 (3), 158-164.
- 11) Holmerová, I., et al. (2014). *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada.
- 12) Ježková, K. (2015). *Alzheimerova choroba a prostředí intenzivní péče*. (diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Praha). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/156773/>
- 13) Ježorská, Š., Vévoda, J., & Chrástina, J. (2014). Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost?. *Profese on-line*, 7 (1), 9-15. Dostupné z: <http://kramerus.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00169529>
- 14) Jiráček, R., & Koukolík, F. (2004). *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- 15) Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. et al. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada.
- 16) Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

- 17) Molek, J. (2013). Motivace pracovníků a prevence demotivace. *Ošetrovateľská péče*, 2013 (5-6), 36-38.
- 18) Moody, R. C., & Pesut, D. J. (2006). The motivation to care: Application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal Of Health Organization And Management*, 20 (1), 15-48. doi: 10.1108/14777260610656543
- 19) Nakonečný, M. (2005). *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada.
- 20) Němcová, H. (2014). *Motivace sester pro výkon povolání v hospici*. (bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice). Dostupné z: <https://theses.cz/id/vkh28g>
- 21) Plamínek, J. (2015). *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada.
- 22) Sheardová, K. (2010). Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*, 11 (3), 172-176.
- 23) Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.
- 24) Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- 25) Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- 26) Stuchlíková, I., & Man, F., (2009). Motivační struktura – integrující koncept psychologie motivace. *Československá psychologie* 53 (2), 158-171.
- 27) Štikař, J. et al., (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
- 28) Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal Of Nursing Studies*, 48 (2), 246-257. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013.
- 29) Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2014). Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *International Nursing Review*, 61(3), 361-370. doi: 10.1111/inr.12122
- 30) Vaňková, H., Hradcová, D., Jedlinská, M. & Holmerová, I. (2013). Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR - nárůst mezi lety 2007 a 2013. *Geriatric a gerontologie* 2 (3), 111-114.
- 31) Vellas, B., Gauthier, S., Allain, H. et al. (2006). Společné usnesení o demenci Alzheimerova typu v pokročilém stadiu. *Česká geriatrická revue*, 4 (1), 35-47.
- 32) Veřejný ochránce práv (2015). *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv.
- 33) Vévoda, J. et al. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- 34) Vévoda, J., Nakládálová, M., Marečková, J., & Ivanová, K. (2010). Pracovní spokojenost všeobecných sester ve světle Herzbergovy teorie. *Pracovní lékařství*, 62(3), 145-146.
- 35) Weirich, H., & Koontz, H. (1993). *Management*. Praha: Victoria Publishing.

- 36) Zacharová, E. (2010). Význam motivace v sesterské profesi. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství* (s. 300-303). Opava: Slezská univerzita v Opavě.
- 37) Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2007). *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
- 38) Zítková, M., Pokorná, A., & Mičudová, E. (2015). *Vedení nových pracovníků v ošetřovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada.
- 39) Zurn, P., Dolea C., & Stilwell B. (2005). Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. *Geneva, Switzerland: International Council of Nurses*.
- 40) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 1. ledna 2007.
- 41) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. In: Sbírka zákonů. 1. dubna 2012.

7 Seznam použitých zkratek:

ACH – Alzheimerova choroba

CT – počítačová tomografie (Computed Tomography)

EEG – elektroencefalografie

PET – pozitronová emisní tomografie

SPECT – Jednofotonová emisní výpočetní tomografie (Single-Photon Emission Computed Tomography)

Přílohy:

Příloha č. 1: Seznam tabulek, grafů, obrázků a schémat

Tabulka č. 1: Identifikační údaje informantů (s. 24)

Obrázek č. 1: Sestava Maslowovy hierarchie potřeb (s. 11)

Schéma č. 1: Kategorie osobní charakteristiky sester (s. 25)

Schéma č. 2: Kategorie praxe ve zdravotnictví (s. 27)

Schéma č. 3: Kategorie volba současného pracovního místa (s. 28)

Schéma č. 4: Kategorie aspekty současného zaměstnání (s. 30)

Schéma č. 5: Kategorie motivace k práci (s. 32)

Schéma č. 6: Kategorie vliv práce na psychiku (s. 34)

Schéma č. 7: Kategorie vztahy s managementem (s. 36)

Schéma č. 8: Kategorie budoucnost v zařízení (s. 38)

Příloha č. 2: Vybrané výzkumy motivace všeobecných sester

Název práce	Autor	Rok, místo vydání	Typ výzkumu	Charakteristika souboru Výsledky
Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation.	Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M. & Suominen, T.	2014 Estonsko	Dotazníkový průzkum	<ul style="list-style-type: none"> • 201 sester pracujících v nemocnici (průměrný věk 38 let, 80 % žije s partnerem, 61 % má děti, průměrná praxe 15 let) • hlavní jsou vyšší potřeby, smysluplnost práce, sdílení hodnot, výsledky práce, vnitřní psychické stavy
Význam motivace v sesterské profesi	Zacharová, E.	2010 Česká republika	Dotazníkový průzkum	<ul style="list-style-type: none"> • 300 sester (71 % starší 30 let, 97,3 % ženy) • u 67,7 % je motivací pro profesi ochota pomáhat, u 16,3 % rozšíření vědomostí, pouze u 5 % je motivací finanční odměna • mezi negativními aspekty práce figuruje psychická zátěž a nízký plat
Nurses' working motivation sources and related factors: A questionnaire survey	Bodur, S., & İnfal, S.	2015 Turecko	Dotazníkový průzkum	<ul style="list-style-type: none"> • 202 sester ze státní univerzitní nemocnice a veřejné nemocnice ve městě Konya, 78 % žen) • nejvíc respondentů uvádělo vnitřní motivaci a sebepojetí jako klíčové pro motivaci pracovní, • ukázala se jasná souvislost mezi motivací a výší mzdy, spokojeností na oddělení, pracovním stresem a rolí zaměstnance
Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost?	Ježorská, Š., Vévoda, J., & Chrastina, J.	2014 Česká republika	Dotazníkový průzkum	<ul style="list-style-type: none"> • 691 sester z FN Olomouc • pro sestry je nejdůležitější mzda, péče o pacienty a jistota pracovního místa

				<ul style="list-style-type: none"> • nejméně spokojené jsou se systémem odměňování a atmosférou na pracovišti • nejvíce spokojené jsou s péčí o pacienty, image pracoviště a technickým vybavením • na vznik syndromu vyhoření má vliv hlavně špatné klima na pracovišti, špatné vztahy a spolupráce
--	--	--	--	---

Zdroj: Vondrášková (2016)

Příloha č. 3: Mini-Mental State Examination

1. Orientace
<ul style="list-style-type: none">• Jaký je dnes den?• Kolikátého je dnes?• Který je den v týdnu?• Který je nyní měsíc?• Který je nyní rok?• Které je roční období?• Jak se jmenuje země, ve které jsme?• Ve kterém jsme okrese?• Ve kterém jsme městě?• Jak se jmenuje tato nemocnice, ve které jsme?• Ve kterém jsme poschodí?
2. Zapamatování
<p>Ted' vám vyjmenuji tři předměty. Opakujte je po mě a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znova. (Za každou správnou odpověď 1 bod).</p> <ul style="list-style-type: none">• Lopata• Šátek• Váza
3. Pozornost a počítání
<p>Nyní odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou. 100-93-86-79-72-65 (Za každou správnou odpověď 1 bod).</p> <p>V případě, že testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM. M-R-K-O-P (za každou správnou hlásku se započítává 1 bod).</p>
4. Výbavnost
<p>Testovaná osoba vybaví 3 slova, která si měla zapamatovat.</p> <ul style="list-style-type: none">• Lopata• Šátek• Váza
5. Pojmenování
<ul style="list-style-type: none">• Ukažte náramkové hodinky: Co to je?• Ukažte propisovací tužku: Co to je?
6. Opakování
<p>Opakujte po mně: Žádná kdyby, nebo, ale.</p>
7. Třístupňový příkaz
<p>Před testovanou osobu položíme arch papíru a vyzveme jej, aby vzal papír do pravé ruky, přeložil jej na polovinu a položil na zem. Za každý správně provedený úkon skórujeme 1 bod.</p>

8. Čtení a splnění příkazu
Klienta vyzveme, aby přečetl, co je napsáno na papíru a udělal to. Na papíru je nápis “zavřete oči”.
9. Psaní
Vyzveme klienta, aby napsal libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).
10. Obkreslení obrazce
Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

Zdroj: Jirák & Koukolík (2004, s. 86).

Příloha č. 4: Výzkumné otázky použitých pro sběr informací prostřednictvím polostrukturovaného interview

Osobní charakteristiky

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Které charakterové vlastnosti jsou pro Vás typické?
4. Je pro Vás důležité pomáhat lidem? Z jakého důvodu?
5. Kdy se u Vás objevila touha pomáhat lidem?

Praxe ve zdravotnictví

1. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?
2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
3. Kde jste pracovala před nástupem do tohoto zařízení?

Nynější zaměstnání

1. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
2. Z jakých důvodů jste se rozhodla pro toto pracovní místo?
3. Jaké aspekty ovlivnily Vaši volbu tohoto místa? Hrály roli předchozí zkušenost s pacienty trpící demencí?
4. Pokud jste se někdy setkala s takto nemocnými, při jaké příležitosti to bylo?
5. Jaký rozdíl vidíte mezi předchozím a současným zaměstnáním?
6. Co jste od této práce očekávala?
7. Jak se liší Vaše očekávání a realita?
8. Co Vás během praxe na tomto pracovišti nejvíce překvapilo pozitivně?
9. Co Vás během praxe na tomto pracovišti nejvíce překvapilo negativně?
10. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím, zvolit si za místo výkonu svého povolání toto zařízení, rozhodla byste se stejně? Z jakého důvodu?
11. Chcete na tomto pracovním místě setrvat i nadále? Proč?

Vliv na psychiku a osobní život

1. Vnímáte na sobě nějaké změny, které nastaly v souvislosti s výkonem nynějšího povolání? Jaké?
2. Jaké konkrétní aspekty práce s klienty s Alzheimerovou chorobou ovlivňují negativně Váš život?
3. Jaké pozitivní pracovní aspekty obohacují Váš osobní život?
4. Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě práci?
5. Cítíte někdy pocity marnosti, zbytečnosti, tzv. syndrom vyhoření? Můžete tyto pocity blíže popsat?

Motivační faktory

1. Co konkrétně Vás ve Vašem stávajícím zaměstnání motivuje pro práci a je důvodem setrvat? Které považujete za nejdůležitější?
2. Vnímáte ve Vaší práci nějaké demotivující prvky? Pokud ano, jaké?
3. Co Vám Vaše práce přináší?

4. Jaké konkrétní zkušenosti/poznatky jste získala během své praxe při práci s klienty s diagnózou Alzheimerova choroba a považujete je za významné pro svoji další motivaci a práci?
5. Jak hodnotíte snahu zaměstnavatele Vás motivovat k práci?
6. Čím Vás zaměstnavatel naopak demotivuje?
7. Kdybyste měla možnost něco ve svém zaměstnání změnit, co by to bylo?

Zdroj: Vondrášková (2016)

Příloha č. 5: Žádost o souhlas s realizací výzkumného šetření

Žádost o souhlas s realizací výzkumného šetření

Vážená paní ředitelko,

jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření pro potřeby mé závěrečné kvalifikační práce.

V bakalářské práci s názvem „*Motivace sester k výkonu povolání v zařízení specializovaném na péči o klienty s diagnózou Alzheimerova choroba*“ se budu zabývat výzkumem důvodů, které vedly všeobecné sestry k výběru pracovního místa v zařízení tohoto typu. Další výzkumné otázky, na které se budu hledat odpovědi, se zaměřují na vliv předchozích zkušeností na tuto volbu, na důvody, vedoucí zaměstnance k rozhodnutí setrvat v zařízení a na metody, kterými je k tomuto rozhodnutí motivuje management Domova pro seniory.

Zvolenou metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, který bude se souhlasem účastníka nahráván na diktafon a poté přepisován a analyzován. Účastníci obdrží k podpisu informovaný souhlas obsahující všechny potřebné informace a kontakty na mou osobu.

Tímto bych Vás chtěla požádat o svolení k provedení tohoto výzkumu ve Vašem zařízení.

Upřímně děkuji.

S pozdravem

Lucie Vondrášková

Kontakty - Email: Lucys@email.cz, Telefon: 773 67 34 05

Vyjádření ředitele zařízení.....

V.....dne.....

.....
Razítko pracoviště a podpis

Zdroj: Vondrášková (2016).

Příloha č. 6: Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření

Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření

Já, níže podepsaný/á, souhlasím se zpracováním informací, které jsem poskytl/a řešitelce Lucii Vondráškové, studentce oboru Všeobecná sestra na 1. Lékařské fakultě UK. Beru na vědomí, že tato data budou využita pro výzkum, který je součástí bakalářské práce s názvem: „Motivace sester k výkonu povolání v zařízeních specializovaných na péči o klienty s diagnózou Alzheimerova choroba.“

Prohlašuji, že mi byl před zahájením rozhovoru dostatečně vysvětlen jeho účel a forma, kterou bude probíhat. Měl/a jsem příležitost a dostatek času ke kladení otázek a na všechny mi bylo uspokojivě odpovězeno. Zároveň souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon a jeho následné přepsání, analýzu a zpracování do výsledků výzkumu. Byl/a jsem řešitelkou ujištěn/a, že tato nahrávka bude použita pouze pro přepsání rozhovorů a nebude k ní umožněn přístup žádné třetí straně. Beru na vědomí, že všechny mnou poskytnuté informace jsou zcela anonymní a ve výše zmíněné bakalářské práci se v souvislosti s nimi neobjeví mé jméno ani jiné údaje, které by mohly vést k identifikaci mé osoby.

Je mi známo, že mohu od tohoto výzkumu kdykoliv odstoupit a požádat řešitelku o vyřazení mých odpovědí z výzkumného šetření.

Byl/a jsem taktéž informován/a, že se mohu na řešitelku kdykoliv obrátit s doplňujícími otázkami prostřednictvím kontaktů uvedených v dolní části tohoto dokumentu, jehož kopie mi byla předána.

Prohlašuji, že jsem si tento dokument pečlivě přečetl/a, měla dostatek času na jeho pochopení a zvážení a rozuměl/a jsem všem uvedeným informacím. Dále prohlašuji, že jsem se výzkumu zúčastnil/a zcela dobrovolně a v žádné jeho fázi nebyl na mou osobu kladen jakýkoliv nátlak.

V..... dne

Jméno účastníka výzkumu:

Podpis:.....









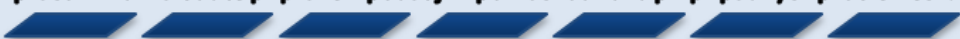

Řešitelka výzkumu: Lucie Vondrášková

Kontakt: Email: Lucys@email.cz

Telefon: 773 673 405

Zdroj: Vondrášková (2016)

Příloha č. 7: Soubor doporučení určený managementu zařízení poskytujícímu péči o klienti s diagnózou Alzheimerova choroba

1. Poskytujte zaměstnancům zpětnou vazbu.	
2. Snažte se nepřehlížet problémy zaměstnanců a pokoušejte se vždy najít uspokojivé řešení.	
3. Projevujte o pracovníky upřímný zájem.	
4. Dejte podřízeným najevo, že jsou vašimi rovnocennými partnery a právoplatnými členy týmu.	
5. Pokuste se zjistit, jaké motivační faktory jsou pro konkrétního zaměstnance klíčové, a následně motivujte pracovníky členě.	
6. Dávejte zaměstnancům najevo, že svou práci vykonali dobře a oceňujte je.	
7. Zaměřte se na udržování dobré atmosféry na pracovišti a utužování pracovního kolektivu.	
8. Snažte se zajistit dostatečné množství pomůcek a materiálu.	
9. Při zavádění změn dbejte na dostatečné a srozumitelné vysvětlení problematiky všem pracovníkům a buďte připraveni podat jim pomocnou ruku při případných problémech.	
10. Dejte podřízeným najevo, že je pro vás jejich názor důležitý, a že akceptujete jejich podněty a připomínky.	

Zdroj: Vondrášková (2016)

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]